



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
AQUITAINE SANTÉ -
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR**

28 avenue maryse bastie

Bp 61

33523 Bruges

DÉCEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	52
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	62

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

AQUITAINE SANTE- POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	
Adresse	28 avenue maryse bastie 33523 Bruges
Département / région	GIRONDE / NOUVELLE-AQUITAINE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	330000928	S.A. AQUITAINE SANTE	28 avenue maryse bastie 33523 Bruges
Etablissement de santé	330782582	AQUITAINE SANTE- POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	28 avenue maryse bastie Bp 61 33523 Bruges

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	52	/	13
MCO	Gyneco-Obstétrique	40	1	/
MCO	Médecine	113	7	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Certification ISO : - Entreprise prestataire de restauration et hôtellerie SODEXO - Entreprise prestataire de linge ELIS - Entreprise prestataire maintenance des bâtiments et des réseaux ENGIE - COFELY - Entreprise prestataire maintenance des dispositifs médicaux et équipements TBS - Centre de Procréation Médical Assistée - PMA Accréditation COFRAC : - Laboratoire d'analyses médicales - EXALAB Labellisation services d'imagerie : - Services d'imageries IRM - Scanner - Radiologie
---	---

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Cf. Fiche Interface HAS/ARS Nouvelle Aquitaine
Regroupement / Fusion	Rapprochement de Médipôle Sud Santé de Médi-partenaires et création de MédiPôle-Partenaires - 2014
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie	chirurgie digestive	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie ortho	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Médecine	Endoscopies digestives avec anesthésie	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	Médecine	Médecine gériatrique (UCSG)	Programmé	Simple	MCO
5	Femme/bébé	Gynéco-obstétrique	Accouchement par césarienne	Urgence	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Femme/bébé	Gynéco-obstétrique	Accouchement par voie basse	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

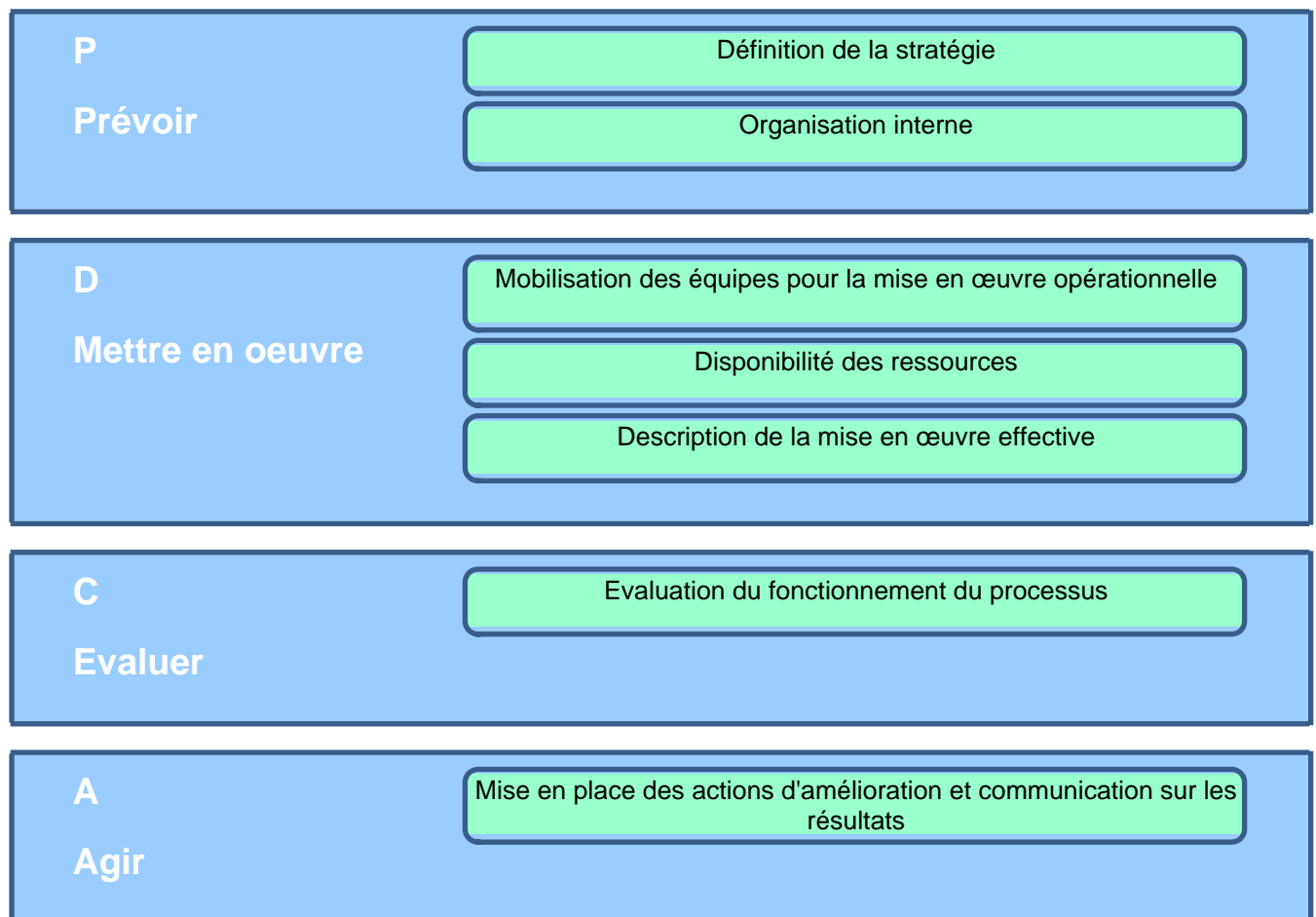
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement s'est engagé dans une politique qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques au regard de l'analyse de ses risques et du contexte de l'établissement.

La politique Qualité Sécurité Environnement (QSE) est construite en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, mais aussi avec la politique du groupe auquel la clinique est rattachée depuis juin 2017 et tient compte des exigences externes des tutelles. La dernière version date de février 2018.

Elle s'appuie sur l'analyse des résultats des différents dispositifs de mesure de la qualité externes (CBUM, CPOM, CAQES, certification, indicateurs qualité, contrôles réglementaires), internes (audits, évaluation des pratiques professionnelles, indicateurs internes d'activité et indicateurs qualité) ; sur l'atteinte des objectifs de la précédente politique et de son plan d'actions qualité sécurité (PAQSS) 2013/2017, des recommandations de la dernière visite de certification et enfin sur le niveau de réalisation des différents programmes nationaux ou régionaux (PNSP: programme national pour la sécurité des patients, et sur une démarche de Benchmark).

Cet engagement se traduit dans le projet d'établissement 2017-2021.

La stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques, et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP).

La politique qualité/gestion des risques est portée par le management. Elle est validée en Comité de Direction (CODIR). Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.

Les représentants des usagers ont été associés à la démarche lors des réunions de la CDU et des différentes instances où ils siègent. Ils sont conviés à participer à la validation de l'ensemble des comptes qualité en COPIL QSE élargi.

L'élaboration du compte qualité a été confiée aux pilotes de processus et aux groupes de travail thématiques multidisciplinaires qui se sont appuyés sur les instances de l'établissement.

La validation du compte qualité global de l'établissement est assurée par le CODIR/ COPIL QSE après avis de la CDU et du bureau de CME.

L'établissement évalue ses risques. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. Les risques les plus significatifs ont été intégrés au Compte Qualité.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prend en compte l'ensemble des éléments attendus. Il est soumis aux différentes instances.

La politique QSE est communiquée à tous les professionnels.

La validation du compte qualité a été réalisée en COPIL QSE restreint le 27 juin 2017 et en COPIL QSE élargi en septembre 2017. Le Compte Qualité est également communiqué à la CME. Il fait l'objet d'une communication élargie. Un plan de communication a été validé par le COPIL QSE (affichage dans l'ensemble des services d'une fiche synthétique reprenant les principaux risques identifiés et plans d'actions validés et communication via l'intranet de l'établissement).

ORGANISATION INTERNE

Le management de la démarche QSE repose sur les structures suivantes, au niveau du pilotage : COPIL QSE/ CME, au niveau opérationnel : Cellule QSE et EOH.

La cellule QSE et l'EOH s'appuient sur les pilotes et copilotes de processus, chacun d'entre eux manage une ou plusieurs commissions ou groupes de travail QSE.

Chaque commission ou groupes de travail QSE est composé de professionnels référents ou correspondants dans chacune des thématiques relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (douleur - hygiène - identitovigilance - etc...)

Les pilotes du processus de la démarche qualité gestion des risques sont : le directeur, le médecin coordonnateur des EPP, qui est correspondant médical de la gestion des risques associés aux soins, la directrice des soins, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui est la responsable QSE. Les professionnels disposent de fiche de mission.

Les vigilants sont identifiés (Pharmacovigilant, Identitovigilant, Matériovigilant, Hémovigilant, Infectiovigilant, et le Professionnel Compétent en Radioprotection (PCR). La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée.

L'organisation permet le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'EPP. Les différents programmes d'EPP sont choisis par les professionnels, soit au sein des comités qualité existants (CLIN, CLUD, Csth, CDU, COMEDIMS), soit au sein de groupes de travail pluriprofessionnels mis en place spécifiquement dans chaque secteur d'activité.

La responsable QSE coordonne la logistique de la mise en œuvre des projets EPP et accompagne les professionnels dans leur mise en œuvre.

En 2017, un praticien anesthésiste-réanimateur, a été nommé pour coordonner avec le responsable QSE les EPP et travailler plus spécifiquement sur les outils et supports de communication.

Des points réguliers sur l'avancement des EPP sont réalisés en COPIL QSE. Le maintien ou l'arrêt des EPP ainsi que les principaux résultats obtenus y est discuté.

Les professionnels qui possèdent des missions transversales participent au déploiement des EPP (hygiéniste-référent douleur- pharmacien- etc.)

La responsable QSE et le praticien responsable de l'animation des EPP assurent le lien avec les responsables d'unités de soins et plateaux techniques, les équipes et l'ensemble des praticiens.

L'organisation des réunions de RMM (Revue de Morbi-Mortalité) est formalisée. L'organisation des revues de Réunion De Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de soins en cancérologie est définie.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée dans l'établissement.

Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé sous la forme de questionnaires de sortie, de questionnaires spécifiques (patients stomisés, patients pris en charge dans le programme d'éducation thérapeutique en chirurgie bariatrique, entourage des patients du service de réanimation) et dans le cadre de l'enquête e-satis.

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

L'établissement dispose d'un plan de formation institutionnel afin de pouvoir répondre à ses objectifs en matière de formation.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins est en place.

En 2017, un virage important a été pris par le Comité de direction, lors de la préparation de la certification V 2014 et la rédaction des comptes qualité, pour passer d'une qualité centralisée au niveau essentiellement de la cellule qualité/EOH et du responsable QSE à une qualité déployée par chaque pilote de processus. Les pilotes ont été sensibilisés à cette approche et ont pour mission de l'intégrer à leur mode de management auprès des équipes. Les responsables de pôles, les cadres des secteurs d'activités communiquent auprès de leur équipe sur la politique de l'établissement en lien avec le processus. Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein du secteur, identifient des objectifs opérationnels traduits en actions opérationnelles dans son projet de service et les mettent en œuvre. Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les services.

Le management de proximité s'assure de la mise en œuvre, que les points critiques sont sous surveillance, et notamment de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, des protocoles, des consignes et autres mesures).

L'établissement a mobilisé la méthode du patient traceur à entre 2016-2017 à 6 reprises.

La communication des résultats des évaluations est réalisée auprès des professionnels, des instances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'établissement dispose des ressources humaines nécessaires.

La direction qualité du groupe coordonne l'ensemble des responsables QSE des différents établissements, elle assure la veille réglementaire, fournit les outils de gestion et de management de la démarche QSE ainsi que les outils de communication et d'échange sur cette démarche.

La responsable qualité, son assistante adaptent les outils fournis.

L'établissement dispose d'une base documentaire transversale organisée selon une approche processus, gérée à l'aide du logiciel, dont l'organisation est décrite dans la procédure des procédures. Ce dernier permet, grâce au module portail de diffuser de l'information et des documents mais aussi de gérer le signalement des événements indésirables, et de fournir des formulaires d'enquêtes multiples (audit- enquêtes de satisfaction- EPP) aux professionnels. Il comporte de nombreux éléments notamment les protocoles et les procédures nécessaires ainsi que des tableaux de bords, des newsletter Info- Qualité, des outils de benchmark, vidéothèque, des supports de formation.

Certains documents sont disponibles sous format papier (Classeurs:décès, vigilances et certaines procédures en maternité).

L'établissement dispose d'un carnet sanitaire pour la gestion de l'eau, d'un plan blanc actualisé suite à l'exercice réalisé, d'un document unique d'évaluation des risques professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au niveau du pilotage du processus, la démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité/sécurité des soins est effective dans le cadre des de la CDU.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalements des

événements indésirables.

Les plaintes et réclamations sont traitées avec les professionnels concernés.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge.

Le dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permet une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et en associant les professionnels concernés. Les professionnels ont réalisé plusieurs CREX et RMM.

Des exercices de simulation concernant la prise en charge des urgences vitales ont été réalisés, en priorité pour les professionnels travaillant la nuit. Des exercices de simulation ont également été mis en œuvre dans le cadre du service de maternité avec l'aide d'un organisme extérieur qui a fourni les mannequins (mère/enfant).

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnels. L'établissement a organisé un exercice de simulation de mise en œuvre du plan blanc en mars 2016.

La veille réglementaire est assurée au niveau du groupe.

La gestion documentaire est connue de la plupart des professionnels. La formation à l'utilisation du logiciel a été réalisée en interne par la responsable QSE au changement de logiciel l'an dernier. Le système de mise à jour des documents est opérationnel. La révision des documents est réalisée en fonction des besoins et au minimum une fois tous les 5 ans.

Pour les nouveaux arrivants, un module de formation "Passeport Terrain" est réalisé 2 fois par an d'une durée de 2 jours pour les professionnels soignants et d'une journée pour les professionnels administratifs (12 personnes par session) comprenant plusieurs séquences afin de faciliter leur intégration, de sécuriser les soins.

Une formation de formateur a été mise en œuvre pour les pilotes de processus au moment de leur nomination.

L'établissement a mobilisé la méthode du patient traceur à 6 reprises entre 2016- et 2017.

La mise en œuvre des démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels est réalisé notamment en maternité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie tous les 5 ans de manière concomitante avec le projet d'établissement en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CDU.

Le suivi des plans d'actions des secteurs est assuré.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée. Le réajustement de ce dernier est réalisé en fonction des évaluations et résultats obtenus.

Les mesures d'amélioration sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

L'établissement dispose d'un tableau de bord du suivi des indicateurs. La fréquence du recueil est déterminée en fonction des obligations réglementaires dans le cadre des indicateurs nationaux.

Le dispositif de gestion documentaire est évalué.

Les professionnels participent à l'évaluation et au choix des mesures d'amélioration.

La stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CDU. Elle est mise en œuvre sous la forme différents questionnaires et de l'enquête e-satis.

La réalisation de l'exercice de gestion de crise a été évaluée.

L'établissement a mis en œuvre 5 réunions de RMM, 12 dossiers ont été analysés. Les sujets traités concernés le repérage des allergies, la gestion de l'urgence vitale en service de soins, la prescription des anticoagulants notamment en chirurgie orthopédique, la communication entre praticiens, la vérification des résultats d'examens avant intervention la prescription des anti-inflammatoires, la prise en charge des césariennes, la prise en charge des hémorragies du post-partum.

Les professionnels ont également réalisé plusieurs CREX notamment au bloc opératoire et en maternité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les principales améliorations constatées concernent l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre des exercices de simulation réalisés (gestion de crise, gestion des urgences).

Suite aux RMM des actions ont été réalisées comme l'achat d'un mannequin, la mise en place d'un groupe de travail et réalisation d'exercices de simulation sur la prise en charge des urgences vitales, l'accès aux numéros de téléphones de l'ensemble des praticiens, réunions entre anesthésistes et chirurgiens pour coordonner leurs pratiques de prise en charge du patient.

La communication sur les résultats est assurée auprès des professionnels à l'occasion des réunions de service, des instances, des "Cafés Qualité", du suivi des projets de service, de l'assemblée générale

annuelle.

Différents supports sont utilisés comme l'affichage en service, le portail qualité, le journal qualité.

Des actions sont menées pendant la semaine de la sécurité.

La communication sur les résultats est assurée auprès des usagers sous la forme de d'affichage dans le cadre des indicateurs nationaux dans plusieurs lieux de l'établissement.

Un retour d'expérience à été réalisé au niveau du groupe et de l'ARS dans le cadre de l'exercice plan blanc.

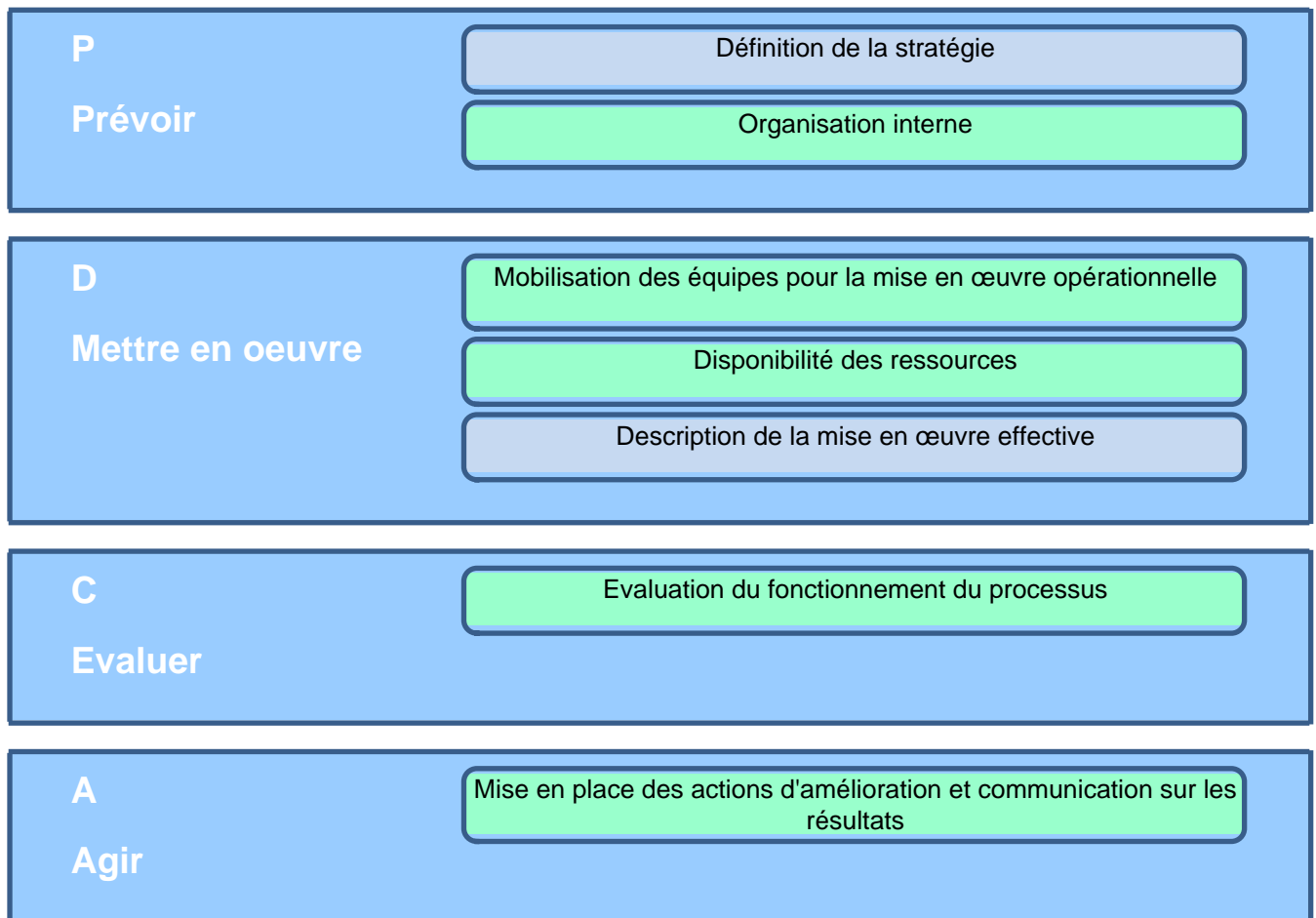
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

En fonction des missions de l'établissement, les sources de données utilisées par la Polyclinique Jean Villar, du groupe ELSAN AQUITAINE SANTE, pour l'analyse des risques sur le processus sont les résultats du bilan LIN et bilans d'activités annuels du CLIN, les résultats des réunions d'EOH, les audits pratiqués sur le bloc opératoire, les déclarations d'évènement indésirable, le suivi des alertes BMR, les démarches EPP sur la toilette au lit en Réanimation, les démarches CREX sur une suspicion de BHR en réanimation, le suivi du carnet sanitaire, le suivi de l'air.

L'établissement a identifié les risques à priori et les risques à posteriori, à partir des échelles validées de la HAS et les a déclinés au niveau de la cartographie générale. La cartographie sur la maîtrise du risque infectieux intègre l'hygiène des locaux, la stérilisation, la gestion des flux, la gestion des déchets, du linge et des transports.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés et a défini des plans d'actions prioritaires, intégrés au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou Plan QSE institutionnel, en adéquation avec le Compte Qualité, pour les risques identifiés comme prioritaires, en terme de criticité pondérée par le niveau de maîtrise.

Il existe une stratégie sur la maîtrise du risque infectieux. Elle est intégrée en tant qu'orientation stratégique, au niveau de la Politique de lutte contre les infections associées aux soins (prévention, surveillance obligatoires), prenant en compte le dispositif de vigilances. Elle fixe des objectifs d'amélioration qui concernent la promotion des bonnes pratiques d'hygiène, l'identification des zones à risque, la prévention des BMR et du risque épidémique, le suivi de l'écologie bactérienne en lien avec le suivi de l'antibiothérapie et la résistance aux antibiotiques, le bon usage des antibiotiques, la réactualisation des procédures et protocoles ainsi que le respect des règles relatives à l'hygiène des mains.

Elle est validée par le CODIR restreint qui regroupe les pilotes du processus et les membres du CLIN. Elle est révisée au moins annuellement, lors du bilan du CLIN.

La mise en œuvre de cette politique est traduite dans le programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques institutionnel ou QSE.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : le processus concerné, le libellé de l'action, l'identification du pilote/responsable, le libellé du risque, les résultats souhaités, la criticité intégrant le niveau de maîtrise, les échéances et l'état d'avancement.

Il existe une articulation entre les actions considérées comme prioritaires du Plan QSE et les actions du Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour mettre en œuvre cette stratégie : le Pharmacien, Président du CLIN, pilote stratégique du processus et les pilotes opérationnels représentés par les membres de l'EOH et du CLIN : le médecin responsable du secteur gériatrie identifié comme Référent antibiotique sur la structure, le médecin biologiste, le référent nosocomial, l'Infirmière hygiéniste, la DSI. Le déploiement de la démarche sur le terrain est également organisé par des correspondants en hygiène, présents sur chaque service.

Les missions des personnes en charge de la mise en œuvre de la stratégie sur la maîtrise du risque infectieux sont définies au niveau des fiches de postes et des fiches de missions de pilote du processus.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires, en effectifs et en compétences (correspondants en hygiène dans les services, de jour et de nuit). Un poste d'Infirmière hygiéniste a été créé. Un Référent antibiotique a été identifié sur l'établissement. Le groupe met à disposition de la Clinique un référent infectiologue. Le CLIN assure la fonction de Commission des antibiotiques. Le bio-nettoyage est organisé au niveau du bloc par une équipe d'ASH dédiée, salariée de la clinique et sur les services et les communs par des professionnels sous la responsabilité du prestataire qui assure la prestation restauration. Une convention définit l'organisation avec le laboratoire. La couverture vaccinale des professionnels est organisée avec le médecin de santé au travail.

L'établissement établit sa stratégie de maintien des compétences à travers un plan de formation en lien avec le risque infectieux, instauré et réévalué chaque année. Il comprend entre autre des formations ciblées sur la simulation Pic-Line, le dispositif Serious Game, la chambre des erreurs par service, le bloc des erreurs, la journée ou semaine hygiène des mains, le programme de formations externes CPIAS Nouvelle Aquitaine. Des actions de sensibilisation à la prescription des antibiotiques et du risque infectieux sont également initiées en interne par le Référent antibiotique, auprès des médecins et des chirurgiens. Le plan de formation prend en compte les nouveaux arrivants, dans le cadre le dispositif de formation Passeport Terrain sur le risque infectieux.

Cependant la maîtrise du risque infectieux n'est pas toujours garantie au niveau de la programmation des entrées, en lien avec l'organisation des locaux. Malgré la sectorisation sur un même étage, d'une aile

dédiée au service d'orthopédie (chirurgie du rachis) et d'une aile dédiée au service d'urologie, l'établissement, en réponse aux patients, de demande de chambre individuelle, est amené à héberger des patients d'urologie sur le secteur d'orthopédie, avec des risques potentiels sur la maîtrise du risque infectieux environnemental, en particulier sur les patients de chirurgie orthopédique.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins des professionnels et des patients (équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux et matériels sécurisés, préparation de l'opéré, matériels, produits de désinfection et d'hygiène des mains, dispositif de prévention des AES, dispositif de collecte des DASRI) et en adéquation aux besoins de la prise en charge (prélèvements d'air, d'eau, de surfaces, hygiène des locaux, circuits des déchets, circuit du linge, bio-nettoyage).

La surveillance de la maîtrise du risque infectieux sur l'eau est organisée dans le cadre du Plan de prélèvements et de suivi environnemental. Il existe une interface entre le logiciel du laboratoire et le dossier patient informatisé qui permet une centralisation du recueil des BMR ainsi que la consultation des résultats biologiques en direct.

En ce qui concerne les locaux, l'établissement a prévu, en cas de travaux, des procédures sur le risque d'aspergillose, en fonction du niveau de risque sur les services de soins ou sur le plateau technique interventionnel. Le plan de maintenance préventive et curative prend en compte la maîtrise du risque infectieux et est organisé à partir du Responsable technique, en lien avec l'EOH et l'Infirmière hygiéniste.

Les procédures et protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont établis, en cohérence avec les domaines de risque de l'établissement (bloc opératoire, salle de naissance, endoscopie).

Les procédures et modes opératoires pour la surveillance et la prévention du risque infectieux sont élaborés par l'EOH et le CLIN, en partenariat avec les secteurs d'activité. Les procédures sont validées par l'EOH et le CLIN. Elles sont intégrées dans la gestion documentaire informatisée, institutionnelle, par la Responsable QSE. Cette gestion documentaire couvre le champ des thématiques risque infectieux, anti-infectieux et entretien des locaux. Elle intègre des protocoles et procédures de prévention, de surveillance environnementale, épidémiologique et d'alerte, ainsi que des supports de traçabilité adaptés. Des supports d'information des patients sont également élaborés.

Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation entre les pilotes de la gestion du risque infectieux et les partenaires internes (services de soins, bio-nettoyage) et ceux externes (laboratoire, restauration...). Les représentants des usagers sont membres du CLIN et ont connaissance du programme d'actions.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le suivi du programme d'action et de la cartographie des risques est assuré par l'EOH en lien avec l'ensemble des cadres de pôle et responsables de services et du bloc opératoire. Le programme et les non-conformités de l'entretien des locaux sont coordonnés par l'infirmière hygiéniste, en lien avec le prestataire pour les services et les communs.

L'infirmière hygiéniste assure des formations en interne aux soignants et aux professionnels salariés du bio-nettoyage. Les membres de l'EOH, l'encadrement contribuent à la sensibilisation des équipes aux risques. L'infirmière hygiéniste, assure quotidiennement une présence sur les services où elle coordonne en direct, le traitement des non conformités et des événements indésirables avec les soignants et les professionnels des fonctions support. Ce lien est conforté par les sensibilisations réalisées par les correspondants en hygiène, lors des transmissions ; ce qui contribue au déploiement opérationnel des démarches et au suivi des bonnes pratiques auprès de leurs collègues, avec l'appui des responsables de service.

Les professionnels participent au programme d'audits réalisé annuellement par l'EOH.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités. L'infirmière hygiéniste est une personne ressource sur la structure. Les professionnels en charge de la maîtrise du risque infectieux sont bien identifiés (Pharmacien, Président du CLIN, Référent antibiotique, Médecin biologiste, Infectiologue du groupe). Sur le terrain, le relais est assuré par les cadres de pôle et responsables de service ainsi que les 6 correspondants en hygiène. L'infirmière hygiéniste organise des réunions régulières des correspondants en hygiène (3 fois par an et au cas par cas si nécessaire).

Le bilan des formations fait état de formations internes sur le bio nettoyage, assurées par l'infirmière hygiéniste pour les ASH du bloc et le prestataire pour les ASH sur les services et les parties communes ; sensibilisation des professionnels dans le cadre des audits menés par l'infirmière hygiéniste et les correspondants en hygiène ; des formations ciblées sur la chambre des erreurs par service, le bloc des erreurs, la journée ou semaine hygiène des mains ; le programme de formations externes CPIAS Nouvelle Aquitaine ; formation périodique au bon usage des antibiotiques (rencontres médicales organisées sur l'écologie bactérienne par secteur d'activité) ; dans le cadre des démarches EPP (EPP sur la pertinence des examens de laboratoire).

Dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents, des pools de remplacement sont en place.

L'intégration des nouveaux arrivants est assurée dans le cadre du Passeport Terrain sur le risque

infectieux, assuré par l'infirmière hygiéniste.

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent, au niveau de la gestion documentaire informatisée et du portail qualité : protocoles et procédures hygiène (précautions standard, tenue vestimentaire, AES, BHRé), précautions complémentaires, linge, ATNC, Cellule Travaux (grille évaluation travaux), risque épidémie rougeole (alerte épidémie rougeole sur Bordeaux, Note d'info service d'accueil, plaquettes et affiches à destination des patients et professionnels), déchets.

Les professionnels ont la possibilité de participer à leur élaboration. Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Il correspond aux besoins des professionnels, aux pratiques de soins et de maîtrise de l'environnement.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation des soins, dans les secteurs d'activité à haut risque.

Des équipements pour le tri des déchets, le stockage intermédiaire et l'élimination ou le circuit du linge sont disponibles. Le matériel d'entretien des locaux est à disposition des professionnels qui disposent de protection individuelle dans les zones et pour les activités à risques. De même des dispositifs de protection sont généralisés pour la protection des patients porteurs de BMR et de BHRé.

Le suivi et la maintenance des dispositifs de traitement de l'eau, d'air, sont assurés et répondent aux obligations réglementaires (carnet sanitaire, suivi des contrôles par le Responsable technique).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé de l'existence du CLIN par le livret d'accueil.

La déclaration interne des infections liées aux soins est en place. Le patient est informé en cas d'infection liés aux soins, la traçabilité est effective dans le dossier. Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place.

La coordination, entre les différents acteurs et selon les situations, est réalisée par le Pharmacien, Président du CLIN ; le médecin Référent en antibiothérapie et antibioprofylaxie et l'infirmière hygiéniste.

La coordination se fait également à travers les réunions institutionnelles (CLIN, CODIR restreint, CODIR élargi) et la présence régulière de l'infirmière hygiéniste sur le terrain.

La mise en œuvre du programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène et de bonnes pratiques sont déclinées dans les différents services de soins et au niveau de l'ensemble des professionnels concernés.

Les procédures, les produits utilisés, les modes d'utilisation sont connus et suivis des professionnels. Les bonnes pratiques de tri des déchets sont appliquées. Les locaux de bio-nettoyage possèdent l'équipement adapté aux besoins. Les produits de bio-nettoyage, de désinfection, d'hygiène des mains sont connus et utilisés par les professionnels qui sont formés à leur bonne utilisation, par le prestataire et l'infirmière hygiéniste pour les personnels du bloc.

L'entretien des locaux est conforme aux bonnes pratiques affichées dans les postes de travail. La traçabilité des pratiques est effective.

Par ailleurs des contrôles sont réalisés par l'infirmière hygiéniste et les correspondants en hygiène, sous la forme d'audits.

Le personnel dispose de tenue de travail, du matériel de protection en qualité et quantité suffisante. Les règles de tenue vestimentaire et d'hygiène sont adaptées aux situations de travail (code couleur vestimentaire), aux secteurs de soins à risque visités (bloc opératoire, secteur de traitement en endoscopie) ou pour prévenir le risque environnemental (transport des déchets par exemple).

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, les bonnes pratiques de prise en charge, sont mises en œuvre avec l'EOH qui intervient et suit tous les patients à risques avec les professionnels pour l'installation par exemple des isolements. La gestion d'une épidémie est prise en compte. L'établissement a appliqué sa procédure, lors de l'épisode d'épidémie de rougeole déclarée dans la région. Dans les secteurs opératoires et en endoscopie, le dépistage du risque Prion est le plus souvent tracé.

Un plan de surveillance bactériologique est organisé (prélèvements d'eau, d'air, de surfaces) et est élaboré avec les services concernés, pour toutes les zones à risque (Bloc opératoire..) selon un plan de surveillance annuel.

La maintenance du circuit d'eau (carnet sanitaire à jour) fait l'objet de contrôle régulier conformément aux recommandations. Les résultats sont centralisés par le Responsable technique. Le suivi et l'entretien du système de traitement d'air et des matériels (endoscopes) des secteurs à risque sont effectifs. Le suivi de la maintenance et l'entretien des locaux sont assurés en interne en collaboration avec les services techniques (exemple travaux de rénovation), et l'Ingénieur biomédical.

Le suivi des ISO est réalisé avec les chirurgiens, l'EOH et le président du CLIN. Les informations utiles sont tracées dans le dossier patient. La réactivité est immédiate entre les acteurs concernés.

La surveillance des BMR et BHRé est effective ainsi qu'un plan activable en cas de dépistage d'un phénomène émergent à haut risque. La surveillance des infections acquises en réanimation est en place (Réa Raisin). La liste des antibiotiques est établie.

Le suivi de la consommation des anti-infectieux est assuré au sein du COMEDIMS, en lien avec le CLIN. La réévaluation à 72 heures est mise en place avec un blocage du logiciel de prescription. Les prescripteurs peuvent avoir recours à l'infectiologue du groupe.

Les interfaces sont opérationnelles entre l'ensemble des acteurs internes et externes (les services, le laboratoire, la pharmacie et l'EOH...). L'établissement participe à des actions de surveillance régionales et nationales.

Le CLIN se réunit à fréquence définie. Les modalités de signalement à l'ARS sont opérationnelles et

réalisées par l'EOH et le président du CLIN, en lien avec le biologiste du laboratoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

À l'échelle de l'établissement, la qualité et l'efficacité du processus sont évaluées à périodicité définie. Cette évaluation globale est réalisée par le biais du bilan CLIN annuel ; de l'évaluation de la conformité des prescriptions d'antibiotiques ; des Quick Audit zéro bijoux (grille CCLIN SO) ; du taux de fiches de signalement d'événement indésirable liées à l'hygiène ; du taux d'AES ; du scorage précautions standard ; des différents audits réalisés par les correspondants en hygiène et l'infirmière hygiéniste (audit d'entreposage des déchets dans le local central, audits antibiotiques, audit prestataire sur le bio-nettoyage) ; du taux de bonne réponse au Quiz tri des déchets lors de la semaine du développement durable) ; dans le cadre des démarches EPP : Prise en charge des toilettes en service de réanimation, Surveillance de la date limite d'utilisation des antiseptiques et de leur gestion ; à partir de la mise en place d'un programme de surveillance continue des infections nosocomiales en continu et de la mise en place d'un programme de suivi de l'écologie bactérienne et des consommations en antibiotiques en continu.

L'établissement participe aux enquêtes de prévalence.

Un bilan d'activité annuel est réalisé, validé par le CLIN et présenté en CME et en CDU avant d'être diffusé. Ce bilan annuel sert de base pour l'élaboration du futur plan d'actions. Il intègre les données sur les anti-infectieux et comporte des données quantitatives et qualitatives relatives à la prévention, la surveillance, l'information, la formation et l'évaluation.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs, intégré au tableau général des indicateurs permet à l'établissement, de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Le contenu du tableau de bord comprend : les indicateurs nationaux ; les indicateurs régionaux ; les indicateurs locaux. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé en réunions de CODIR restreint et de CODIR élargi et à minima, une fois par an.

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points à risque nécessitant une surveillance particulière et les mesures complémentaires à prendre sur le processus.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'évaluation qui sont organisées concernent en priorité la nomination d'un référent antibiotique et antibioprofylaxie, la réactualisation des protocoles et procédures, la création d'une cellule travaux, en prévention des risques en amont des travaux.

L'action en projet concerne le déploiement du dispositif d'évaluation Serious Game organisé à partir de simulations de situations.

Le programme d'amélioration associé est réajusté en fonction des résultats des évaluations, en réunions de CODIR restreint et élargi. De nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des situations critiques et sont suivis de la mise en place d'actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (Plan QSE institutionnel).

Il existe un système de diffusion et de communication en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels, sur le terrain par les pilotes, par le biais de la gestion documentaire informatisée et du portail qualité, des retours faits sur le terrain par les membres du CLIN et de l'EOH ainsi que par les correspondants en hygiène lors des transmissions, dans le cadre des formations internes et Passeport Terrain pour les nouveaux arrivants.

La Clinique met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à ce processus, dans le cadre du suivi régulier des démarches qualité et sécurité des soins ainsi que du fait de l'implication effective des représentants des usagers au sein des instances et dans les différentes démarches d'amélioration.

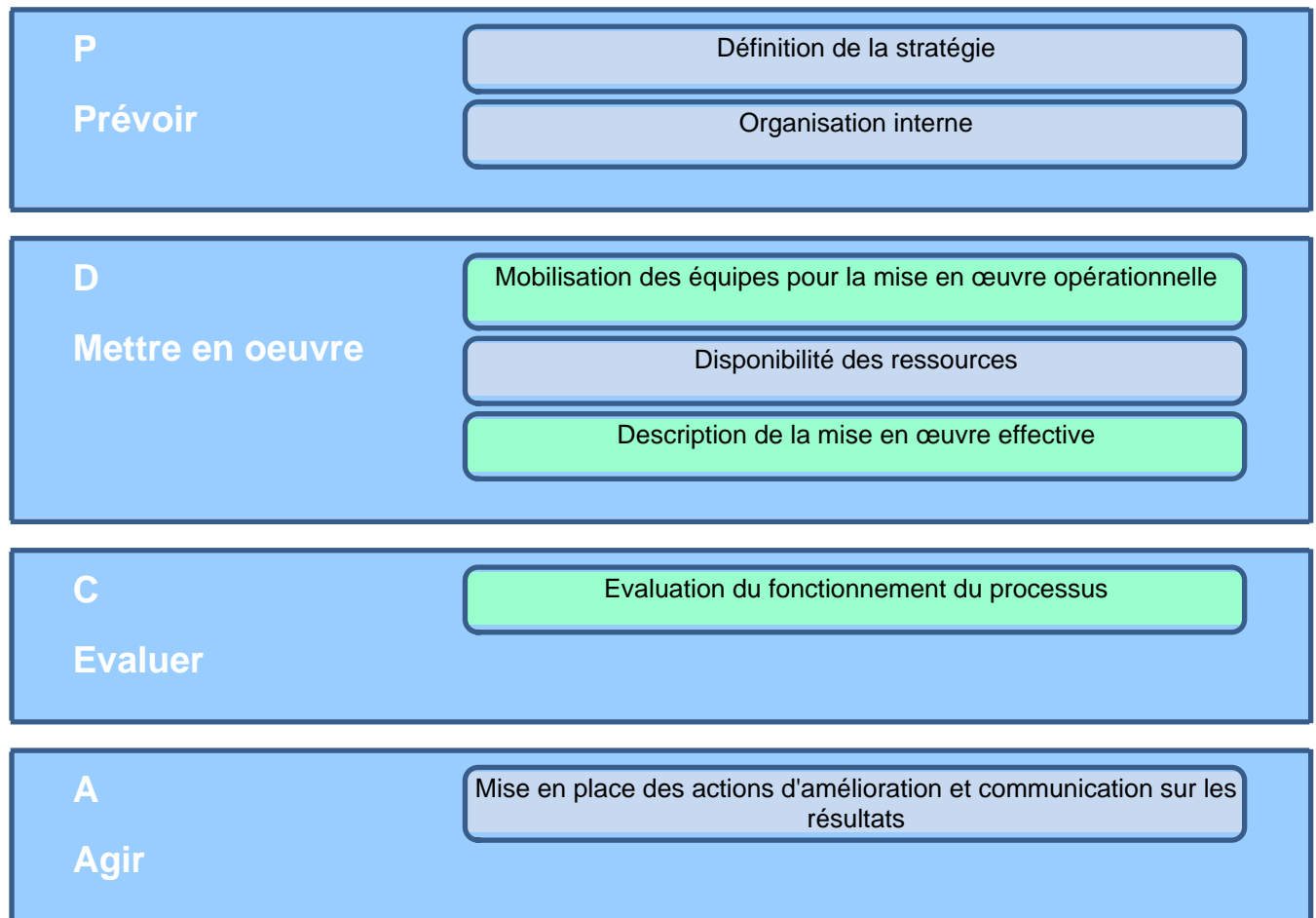
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement, sur la base de l'identification de ses missions, de son contexte et de l'analyse de ses risques, a défini ses orientations sur les droits des patients qui figurent dans le projet d'établissement 2017-2021. Ces dernières ont été déclinées dans la politique institutionnelle "Droits des patients" qui date de mars 2017 et au niveau de la politique "Soins palliatifs 2016-2018."La promotion de la bientraitance constitue l'axe 1 de la politique "qualité sécurité environnement" actualisée en janvier 2018.

Les projets architecturaux et des secteurs d'activité intègrent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des risques et des objectifs ont été définis à partir de l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, du rapport de la Commission Des Usagers (CDU), des risques a priori, des différents audits réalisés, des enquêtes portant sur la satisfaction des patients et des exigences réglementaires.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance a été réalisé en lien avec la CDU.

La hiérarchisation des risques a permis de définir un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) contenant des actions hiérarchisées, avec des délais, un responsable et des modalités de suivi. Elle a été réalisée selon une méthodologie définie. Les risques prioritaires ont été insérés dans le compte qualité de l'établissement.

Les représentants des usagers ont été associés à la démarche d'élaboration du compte qualité relatif aux droits des patients lors de la CDU du 16 janvier 2017.

Le rapport de la CDU est présenté en Comité de Direction (CODIR) ainsi que le Compte Qualité et le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique dispose d'un règlement intérieur de la CDU datant de juin 2016.

Les pilotes du processus sont : le directeur de l'établissement, président de la CDU, la directrice des soins, un gériatre (médecin conciliateur). L'établissement dispose d'une fiche de missions de pilote de processus.

Une information des personnels et des médecins sur l'existence, le rôle et la composition de la CDU a été réalisée dans le cadre des différentes instances, sur le portail intranet de l'établissement, par voie d'affichage dans de nombreux points de l'établissement.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La Clinique dispose des ressources humaines nécessaires afin de mettre en œuvre le respect des droits des patients avec une implication de l'ensemble des professionnels avec des temps dédiés notamment pour la psychologue, la neuropsychologue pour les patients atteints de troubles cognitifs, l'orthophoniste, l'assistante sociale, la diététicienne.

Il est à noter une très forte implication des représentants des usagers au sein de l'établissement qui participent aux instances de l'établissement, leur avis a été sollicité dans le cadre du projet d'établissement. Ils sont présents depuis plusieurs années dans l'établissement et sont pleinement associés à la vie de l'établissement.

La structure dispose de différents documents permettant l'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU. Un livret d'accueil pour les patients et leur entourage est disponible ainsi que les compléments spécifiques en fonction des activités (Réanimation, Gériatrie, Maternité).

Les recueils de la personne de confiance, des directives anticipées, du consentement éclairé du patient, sont organisés.

L'établissement dispose d'un gestion documentaire informatisée intégrant les procédures définies et formalisées. Un système de sauvegarde en cas de panne informatique est prévu.

Les projets de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier d'aller et venir et de contention, notamment en gériatrie.

Une organisation relative à l'information donnée au patient, à son entourage est définie dans le cadre des consultations, de la pré-admission, du séjour du patient.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs notamment dans le cadre du recueil des plaintes et réclamations, de la satisfaction des patients et de leur entourage.

La clinique a prévu un plan de rénovation des chambres qui est en cours de déploiement.

L'établissement s'est organisé au niveau de la restauration afin de pouvoir répondre aux demandes des patients.

L'établissement dispose d'un plan de formation des professionnels aux droits des patients concernant la bientraitance, la dignité, l'intimité, le respect de la confidentialité et des libertés individuelles.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche d'analyse des risques a priori et a posteriori est réalisée en impliquant les professionnels et les représentants des usagers dans le cadre de la CDU.

Compte tenu de ses risques et besoins, les cadres de services organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels selon les orientations du projet d'établissement notamment dans le cadre des projets architecturaux, et le développement des activités en cours.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Ils assurent l'information et la sensibilisation des professionnels.

La communication des résultats des évaluations réalisées est effectuée à l'occasion des réunions de service, de la diffusion du tableau de bord mensuel qualité, de l'avancement de leur projet de service, du journal interne. Ils sont disponibles sur l'intranet.

Des actions correctives sont identifiées, en cas de besoin. Les professionnels sont associés aux choix des actions à mener.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose des ressources en compétences et effectifs pour la mise en œuvre du respect du droit des patients. Des formations aux droits des patients sont organisées annuellement. Un médecin a suivi un cursus en formation dans le cadre des prises en charge en soins palliatifs. L'équipe mobile d'un établissement situé à proximité intervient également dans le cadre de la formation et de la prise en charge des patients ainsi que des bénévoles si besoin.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Dans le cadre du projet architectural, des espaces dédiés ont été créés en maternité (studio, salle de restauration) afin de préserver l'intégrité familiale.

Au niveau de l'extension du service d'hospitalisation en ambulatoire, 6 chambres individuelles pour personne à mobilité réduite ont été créées.

En gériatrie, la réorganisation des locaux permet l'accueil du patient avec la possibilité de disposer d'un lit (hospitalier) pour l'accompagnant qui le souhaite.

Les professionnels (responsable de la planification des entrées, cadres des différents secteurs) sont particulièrement attentifs aux respects des demandes des patients.

L'établissement dispose d'un programme d'achats pour améliorer l'accueil et la gestion du stress des patients qu'il reçoit. Il a investi dans des programmes vidéo qui sont diffusés sur des écrans dans les couloirs, au bloc opératoire.

La clinique a positionné des plafonds lumineux dans les lieux d'attente en maternité, dans les espaces de consultations. L'aromathérapie est utilisée en différents lieux de l'établissement notamment au bloc opératoire et en gériatrie. Des casques de réalité virtuelle sont proposés aux patients qui le désirent pendant leur intervention. La clinique a investi dans deux fauteuils "sensoriels" pour améliorer le confort des patients. En réanimation, un bureau médical réservé à l'accueil des familles permet de réaliser des entretiens singuliers entre praticien et accompagnants.

Les ressources documentaires accessibles et actualisées sont disponibles dans les différents secteurs d'activité. Les procédures définies, formalisées, validées concernent, par exemple la procédure en cas de dommages liés aux soins, le recueil de la personne de confiance, des directives anticipées, la gestion des plaintes et réclamations.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies. Des procédures spécifiques sont réalisées pour la prise en charge des personnes âgées et des enfants et adolescents sur l'ensemble de l'établissement.

Les modalités d'accueil, d'accompagnement de l'entourage sont formalisées. Les professionnels ont été associés à la création des documents.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients et leur entourage sont informés de leurs droits et des missions de la commission des usagers par le livret d'accueil qui leur est remis à l'occasion de leur consultation préopératoire. Pour les patients qui sont accueillis directement en hospitalisation, le livret d'accueil est remis à l'occasion de l'accueil administratif. Différents lieux d'affichage permettent l'accès à la charte de bientraitance du Groupe, à la composition de la CDU, à ses missions. Dans le cadre de la préparation à leur hospitalisation (complète ou ambulatoire) un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place. Une enveloppe contenant l'ensemble des informations utiles à leur prise en charge leur est remise avec les commentaires nécessaires par les professionnels mobilisés sur cette étape de leur parcours.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris des soins d'hygiène sont respectés.

L'organisation et les pratiques de la clinique permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les modalités de partage des informations relatives au patient à partir du dossier

patient informatisé permettent le respect de la confidentialité.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre en fonction des spécificités de prise en charge : maternité, réanimation, gériatrie, soins palliatifs et autres secteurs. La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient et ou de son entourage est réalisée par les professionnels lors des consultations pré opératoires, ou dans le cadre de la préparation à l'accouchement. Le recueil du consentement éclairé est réalisé par le praticien qui pose l'acte chirurgical. Le consentement du patient signé est présent dans son dossier.

En gériatrie, les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet personnalisé tracé dans le dossier du patient. Une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie est tracée dans le dossier, si besoin.

L'autorisation d'opérer est systématiquement recueillie pour les situations qui le nécessitent.

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent (en maternité, en soins palliatifs, en chirurgie bariatrique, en gériatrie).

La participation du patient et, s'il y a lieu de son entourage dans la construction et la mise en œuvre de son projet personnalisé de soins est favorisée par les professionnels en fonction des situations rencontrées.

Les situations de refus de soins sont rares, elles sont tracées dans le dossier.

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée. Différents intervenants (assistance sociale, neuropsychologue, psychothérapeute, équipe mobile en soins palliatifs, bénévoles) participent à la prise en charge en fonction des besoins exprimés en partenariat avec l'équipe.

Le recensement des plaintes et réclamations orales et écrites est réalisé.

En première intention, le responsable du secteur gère les réclamations orales avec les professionnels concernés. En fonction de leur nature, le directeur d'établissement gère directement la problématique avec le patient avant son départ de l'établissement. Dans le cadre d'une réclamation ou plainte écrite, une réponse est réalisée par le directeur de l'établissement, les professionnels sont associés à la démarche. Une rencontre est proposée. Un document est remis au plaignant de manière systématique par le directeur expliquant les voies de conciliation et de recours possibles. Le cas échéant, une médiation peut être mise en œuvre. Le registre de recueil est disponible au secrétariat de direction.

Les professionnels mettent en œuvre une démarche d'information en cas de dommage lié aux soins.

Les représentants des usagers sont informés de l'ensemble des plaintes et réclamations qui sont présentées en CDU ainsi qu'aux enquêtes de satisfaction et aux déclarations d'événements indésirables. Ils participent par leurs propositions aux actions d'amélioration à mettre en place. Ils sont impliqués dans plusieurs instances de l'établissement où ils siègent régulièrement.

La CDU est opérationnelle. Elle s'est réunie 3 ou 4 fois par an. Un rapport d'activité est rédigé en CDU. Il est présenté en Comité de direction.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la politique des droits des patients est assurée au travers des réponses aux questionnaires de satisfaction dans le cadre du questionnaire de sortie qui comporte un item sur le respect de la dignité et de l'intimité, ainsi qu'un autre sur le respect de la confidentialité.

Des questionnaires spécifiques (pour les patients stomisés, pour les patients pris en charge dans le cadre du programme de chirurgie bariatrique, pour l'entourage des patients admis en réanimation) sont également réalisés. L'évaluation est effective dans le cadre du suivi des plaintes et réclamations (Nombre, nature, suites), du bilan de la CDU.

Des audits et évaluations des pratiques professionnelles notamment dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique en chirurgie bariatrique, sont réalisés.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Suite aux différentes évaluations réalisées, la clinique a mis en place un programme d'amélioration architecturale avec l'aménagement de lieux dédiés en maternité, en hospitalisation ambulatoire (création de 6 chambres), de rénovation des chambres existantes (la moitié de celles-ci sont rénovées).

L'achat de matériel pour améliorer la gestion du stress des patients est effectif.

Le directeur a renforcé la réactivité institutionnelle concernant la gestion des réclamations et plaintes avec une rencontre organisée si possible avant le départ du patient.

Le programme d'éducation thérapeutique a été réajusté au niveau de la gestion des compulsions alimentaires ressenties par les patients.

La communication de ces améliorations est réalisée dans le cadre de l'assemblée générale annuelle, des réunions des instances, des réunions de service.
Les supports de communication utilisés sont le journal interne, les tableaux de bord institutionnels, les tableaux de bord mensuels affichés dans les unités de soins, le suivi des projets de service.
Une communication externe est assurée auprès de l'ARS en ce qui concerne le rapport de la CDU, le suivi du programme d'éducation thérapeutique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

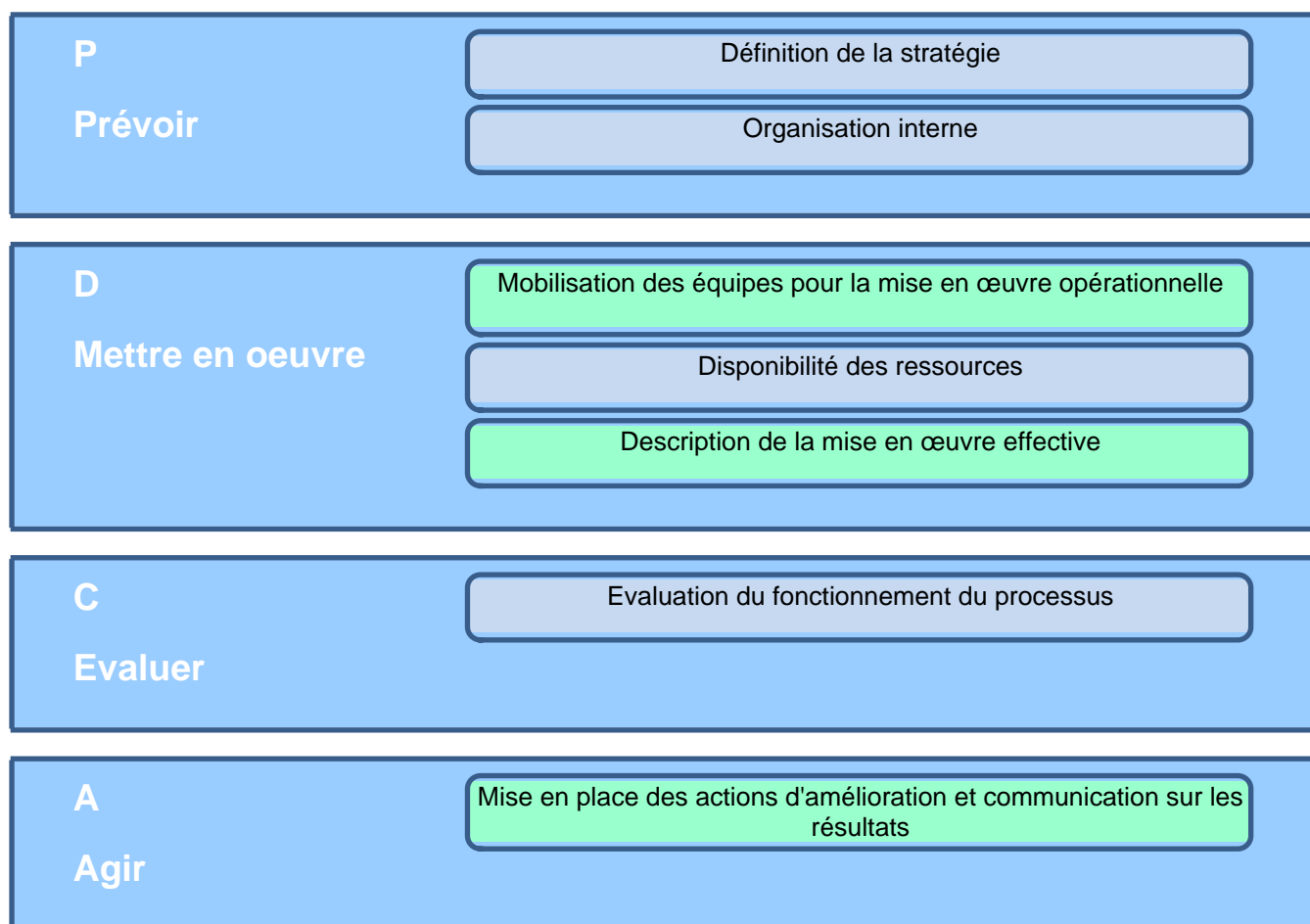
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Jean Villar, du groupe ELSAN AQUITAINE SANTE a mené une réflexion conduisant à la rédaction d'un volet relatif au parcours du patient, dans le projet d'établissement 2017-2021, décliné en projets de service, par pôles d'activités présents sur la structure (Pôle gastro-entérologie - chirurgie viscérale et obésité ; Pôle gynécologie-obstétrique et AMP ; Pôle Ostéo-articulaire, traumatologie et rachis ; Pôle urologie ; Pôle de la main ; Pôle chirurgie plastique et reconstructrice ; Pôle anesthésie-réanimation ; Pôle gériatrie ; Pôle stomatologie ; Unité de chimiothérapie).

L'établissement a réalisé une analyse des risques associés au parcours du patient, en s'appuyant sur les données issues de ses démarches d'évaluation (démarches EPP et CREX, audits, méthode patient-traceur), les résultats d'analyse des indicateurs (IQSS, HN, indicateurs d'activités et de ressources, indicateurs de pratique clinique choisis par la clinique), les résultats de l'analyse des événements indésirables liés au parcours du patient, des plaintes et réclamations et du bilan CDU. L'identification des risques a pris en compte les différentes étapes du parcours (accueil, évaluation initiale et continue de l'état de santé, la continuité et la coordination des soins, l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage, la sortie du patient).

L'analyse a été menée à partir des risques à priori et des risques à posteriori. Les risques sont hiérarchisés, en termes de fréquence, gravité, criticité et criticité pondérée par niveau de maîtrise et déclinés ensuite au niveau d'une cartographie sur le processus, intégrée à la cartographie générale institutionnelle. Cette analyse a été réalisée par les membres du CODIR élargi ainsi que des membres des différents groupes de travail, en lien avec le parcours patient.

L'établissement a identifié des objectifs sur cette thématique, au regard des attentes de la population du territoire, du CPOM et des orientations stratégiques du PRS. La stratégie intègre les besoins des différents pôles qui sont formalisés dans chaque projet de pôle et dans le projet de soins.

Les objectifs définis au niveau du projet médical concernent la création d'un bloc orthopédique dédié à la chirurgie du rachis ; le développement de la chirurgie robotique ; la réhabilitation après chirurgie ou RAAC (PTH, PTG, hernie discale, Césarienne, Chirurgie bariatrique) ; la création d'une infrastructure dédiée à l'AMP ; l'extension du service ambulatoire.

Par rapport au parcours patient, des projets transverses sont également définis : la formation aux gestes d'urgence par simulation in situ, sur le pôle médecine-chirurgie, le pôle maternité, le plateau technique (Bloc, radiologie interventionnelle, Salle de naissance, Endoscopie) ; la santé environnementale « Bien être Petite enfance » ou Atelier Nesting ; la mise en place de la médecine intégrative (casque de réalité virtuelle, plafond lumineux, aromathérapie). Cette stratégie a été validée en CODIR et en CME.

Elle est diffusée dans le cadre de la gestion documentaire informatisée, des réunions plénières organisées par la Direction, des réunions de CME et partagée en réunions des instances représentatives du personnel et de la CDU. Cette analyse a conduit à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient, déclinées au niveau du programme qualité et sécurité des soins de l'établissement ou Plan QSE, unique, regroupant l'ensemble des plans par thématique.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : le processus concerné, le libellé de l'action, l'identification du pilote/responsable, le libellé du risque, les résultats souhaités, la criticité intégrant le niveau de maîtrise, les échéances et l'état d'avancement. Il existe une articulation entre les actions considérées comme prioritaires du Plan QSE et les actions du Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation, est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique « Parcours du patient » à l'échelle de l'établissement, à partir des pilotes stratégiques qui sont les membres du CODIR restreint et des pilotes opérationnels, représentés par les membres du CODIR élargi. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique « Parcours du patient » et sa mise en œuvre sont définis et précisés au niveau des de la fiche type CODIR restreint et CODIR élargi, des fiches de poste et de la fiche de missions de pilote. Les ressources nécessaires (effectifs et compétences), l'organisation mise en place, permettent de répondre à l'adéquation entre les ressources et les besoins, en vue de la continuité de la prise en charge des patients.

En terme de ressources humaines, la Clinique fait appel à des praticiens libéraux, en lien avec les activités spécifiques proposées sur la clinique et des médecins salariés sur le pôle de gériatrie, un médecin DIM.

Les besoins en compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé, sont identifiés au niveau de la composition du CODIR restreint et du CODIR élargi, à partir des Responsables de pôle, de la Directrice de soins infirmiers, des Responsables des unités de soins ou RUS, du Responsable du bloc opératoire et des Infirmières coordinatrices, des Responsables des fonctions support (soit au total 18 personnes). Sur le terrain, les ressources en compétence sont basées sur la

constitution d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'infirmières anesthésistes, de sages-femmes, d'auxiliaires de puéricultures, de brancardiers, agents de stérilisation, des personnels administratifs pour la gestion de l'accueil, des admissions et gestion des lits, ainsi que des paramédicaux : diététicienne, psychologue, psychothérapeute, assistante sociale, infirmière référente du dossier médical informatisé, infirmière coordinatrice du parcours éducation thérapeutique et équipe de maintenance. La clinique peut faire appel à des compétences externes (psychiatre externe en cas de difficultés au sein d'équipe).

Les besoins en ressources humaines et pour assurer la continuité des soins sont organisés dans le cadre des plannings et roulements établis, en fonction de la charge de travail. Les besoins en remplacements sont organisés, à partir de pools de remplacement en CDD et des pools en CDI, constitués de professionnels fidélisés. Le recrutement des professionnels, en CDI est organisé, en priorité à partir de ces pools de remplacement.

Si nécessaire, l'adaptation au poste de travail est prévue, suite à l'analyse et l'aménagement de poste.

Des conventions sont prévues avec l'Equipe mobile de soins palliatifs d'un autre établissement et des associations qui viennent sur site, dans le cadre du culte, du réseau de soins palliatifs, du réseau périnatal, du réseau addictologie, du programme d'éducation thérapeutique sur l'obésité....

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés, dans le plan de formation, élaboré conjointement avec la DRH, la DSI, en lien avec la Direction, suite au recueil des besoins des professionnels lors de l'entretien professionnel, à des demandes de souhaits spécifiques. Le plan de formation annuel prévoit les formations obligatoires (incendie, AFGSU, démarches TMS) ; formation douleur, deuil périnatal, sur la conduite de projets et le management pour les responsables de service, relation soignant-soigné pour le personnel de nuit, un dispositif de formation e-Learning. La promotion interne des professionnels est recherchée sur le poste d'infirmière de bloc par exemple.

Des modalités de formation et d'intégration des nouveaux arrivants sont prévues, dans le cadre des formations organisées à partir du dispositif Passeport Terrain.

Les besoins en procédures sont identifiés. Elles sont formalisées, réactualisées à fréquence définie par le service qualité et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisée et du portail qualité. Les originaux sont conservés dans des classeurs. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés : guides thématiques, recommandations de bonnes pratiques, guide parcours, fiches techniques, outils d'aide. Les professionnels participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

Les besoins en documents d'information pour les patients sont identifiés et mis à leur disposition (livret d'accueil, livret spécifique maternité, réanimation, gériatrie, ambulatoire, hospitalisation conventionnelle), flyers, guides, dépliants.

Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés, en lien avec le groupe et dans le cadre du schéma directeur du système d'information et d'informatisation.

Au niveau des ressources matérielles, un recensement des besoins est organisé par l'encadrement et les besoins sont analysés et validés en fonction du programme d'investissements annuel, conjointement avec l'ingénieur biomédical, la DSI et tous les responsables de pôles et de services. L'arbitrage final est assuré par la Direction. La fonction transport des patients est organisée, en interne, par une équipe de brancardiers, coordonnée par un Référent brancardier et sous la responsabilité du Cadre de bloc.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité (cliniques, médicotechniques, logistiques, administratifs), à partir du CODIR restreint qui se réunit chaque semaine et du CODIR élargi qui se réunit chaque trimestre et voire plus en cas de nécessité ; des réunions d'instances et réunions institutionnelles (staff d'encadrement hebdomadaires, staff gériatriques quotidiens, staff hebdomadaires en gastro-entérologie, staff hebdomadaires et commissions d'obstétrique en maternité, staff en réanimation, réunions de service organisées, en fonction des besoins et au cas par cas en chirurgie programmée, en ambulatoire, en chimiothérapie, au bloc opératoire).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de pôles et de services ainsi que l'encadrement des services des différents secteurs d'activité (logistique, médical, soignant, médicotechnique, et administratif), inscrits dans le CODIR mènent une réflexion collective autour de la continuité et la sécurité des soins pour l'ensemble des parcours de soins identifiés, dans le cadre des secteurs d'activités présents sur la clinique.

Les orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement font l'objet d'une déclinaison en projets de service et en plans d'actions propres à chaque secteur d'activité. L'encadrement impulse les démarches d'amélioration au sein de leur secteur, par un management participatif et de terrain. L'encadrement communique et mobilise les professionnels de terrain, dans le cadre des réunions de service et d'équipes, des transmissions, des démarches EPP et PT, de l'analyse des événements indésirables, des staff spécifiques pour les patients en soins palliatifs, des études de cas ou de situation, par le biais de leur participation à des groupes de travail et de réflexion, au cours des réunions annuelles de libre

expression sur des difficultés rencontrées.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment du respect des procédures et protocoles mis en place, par le biais d'audits de dossier sur le respect de la traçabilité et de l'exhaustivité des données, par des enquêtes de prévalence sur le recueil et l'évaluation de la douleur, de la vérification de la prise de connaissance des nouvelles procédures, des audits croisés, du parangonnage sur les pratiques.

Les équipes et professionnels s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur, du fait de leur participation aux groupes de travail, aux instances en place et de leur position de référents (identitovigilance, douleur, correspondant hygiène, hémovigilance...). Ils connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients, définis au sein du service, les mesures à mettre en place pour les atteindre et assurent un retour au niveau de leurs collègues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs de personnel sont en adéquation avec les objectifs identifiés. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge et sont ajustés, en fonction de la charge de travail. Sur les différents pôles, les ressources médicales sont en adéquation avec l'activité des services. Les praticiens sont des libéraux (soit 84 praticiens libéraux) et seuls les praticiens de la gériatrie sont salariés (3 médecins soit 2.8 ETP).

Une équipe pluri-professionnelle est en place : infirmières, aides-soignantes, infirmières anesthésistes, sages-femmes, auxiliaires de puéricultures, 9 brancardiers formés à l'identitovigilance, agents de stérilisation, personnels administratifs pour la gestion de l'accueil, des admissions et gestion des lits, ainsi que des paramédicaux : diététicienne, psychologue, psychothérapeute, assistante sociale, infirmière référente du dossier médical informatisé, infirmière coordinatrice du parcours éducation thérapeutique à temps plein et équipe de maintenance. Ces professionnels interviennent à la demande des secteurs d'activités ainsi que dans deux programmes d'éducation thérapeutique sur « l'éducation thérapeutique du patient obèse ou massif dans le cadre d'une chirurgie bariatrique » ainsi que « l'école des patients en ambulatoire sur chirurgie PTH » ; et dans le cadre d'actions éducatives sur la nutrition et le diabète. Deux professionnels de la clinique sont formateurs PRAP.

La continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés, est assurée à partir des plannings et roulements, des plannings d'astreinte administratives et médicales, en sachant qu'une présence médicale est assurée en permanence sur le secteur de réanimation.

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents, à partir des pools de remplacement CDD et CDI.

Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite : psychiatrie, réseau périnatal Nouvelle Aquitaine, équipe de soins palliatifs, orthophoniste libéral, ostéopathe, masseur-kinésithérapeute...

Les professionnels en poste sont formés et notamment à la prise en charge des urgences vitales, à la prise en charge des populations vulnérables ; formations sur l'accroissement des compétences managériales, la gestion de l'ambulatoire, la gestion des situations difficiles, la gestion du stress lié à la prise en charge du patient, l'acte transfusionnel, les soins aux personnes stomisées, l'accueil du patient, l'allaitement par le biais d'e-Learning, formations obligatoires aux gestes d'urgence et formations sécurité incendie, formations manutention.....

Les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés dans le cadre des formations Passeport Terrain et des professionnels de la clinique sont formés à la fonction de formateurs internes sur le dispositif.

Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour : check list d'ouverture d'un box de réanimation et organisation de la sortie d'un service de réanimation ; documents sur l'éducation thérapeutique : conseils alimentaires post bariatrique, plaquette programme thérapeutique ; protocoles spécifiques au secteur d'activité : protocoles de prise en charge urologique, orthopédique, gynécologique, chirurgie digestive ; prise en charge des patients en ambulatoire ; PPS chimiothérapie.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients (patients diabétiques, patients stomisés ; pour les enfants, information sparadrapp et diplôme post chirurgie) ainsi que dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique en place.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.

Un matériel d'urgences vitales opérationnel est disponible dans tous les secteurs d'activité. Une procédure "urgences vitales" est en place et est connue des professionnels rencontrés en visite. Un chariot d'urgence identique est disponible sur chaque étage et un sac d'urgence est disponible, en complément en réanimation. La check list en place a été définie par les anesthésistes du bloc et le cadre du service de réanimation. Ces chariots sont vérifiés mensuellement et après chaque utilisation ; les scellés sont vérifiés chaque jour, conformément aux procédures en place. Les chariots sont sécurisés dans les salles de soins et sont équipés de défibrillateurs automatiques et semi automatiques.

Les locaux, le matériel et les équipements mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels. En termes de locaux, la clinique dispose de chambres pour les patients à mobilité réduite ; de 75% de chambres particulières et 25% de chambres doubles, de 90% de chambres simples et 10% de

chambres doubles en maternité et de salle de restauration pour les parents....

Au niveau des matériels, la clinique dispose de matelas air et coussins air, de coussins de positionnement, de fauteuils coquille et positionnement, de fauteuils pivotants, lits pour patients Alzheimer, fauteuils roulants pour patients obèses dans le cadre de la chirurgie bariatrique...

La maintenance préventive et curative sont assurées par l'équipe technique, coordonnée par un Responsable technique, en lien avec l'ingénieur biomédical.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation et les parcours en lien avec les différentes activités développées au sein de la Clinique.

Les différents parcours et types de prise en charge (maternité, gastro-entérologie, chirurgie, bloc, ambulatoire, gériatrie, réanimation, éducation thérapeutique, urgences et soins non programmés) sont structurés et organisés. L'ensemble des étapes de la prise en charge, en fonction du secteur d'activités ; les spécificités liées aux pathologies, aux modalités de prise en charge (l'hospitalisation complète, les soins en ambulatoire, les soins en chimiothérapie...) sont respectées. Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur démontrent l'effectivité de la mise en œuvre opérationnelle des parcours et des prises en charge des patients au regard des organisations définies.

L'admission et l'accueil du patient dans le service sont réalisés selon des modalités définies.

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge et tracée dans le dossier.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues et notamment la vérification effective de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé, à partir du bracelet d'identification et pour tous les types de prise en charge (consultations externes, hospitalisations, etc.)

Le projet de soins personnalisé est établi en concertation avec les professionnels concernés et en impliquant le patient et son entourage. Il est tracé dans le dossier.

La réflexion bénéfice risque est organisée sur des choix thérapeutiques et tracée dans le dossier. En cas de mesures de limitation de liberté, la réflexion bénéfice-risque, l'information du patient et la recherche de son consentement ainsi que la concertation avec l'équipe soignante sont également tracées.

L'évaluation continue et le suivi de la prise en charge sont tracés dans le dossier, par l'ensemble des intervenants. Les informations médicales et paramédicales relatives à la prise en charge du patient sont actualisées et tracées dans le dossier du patient.

L'identification des patients à risque suicidaire est réalisée.

La coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient, sont assurées conformément à la procédure en place.

L'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique est assurée, à partir de l'évaluation et de la détection des troubles nutritionnels. Un CLAN (Comité de liaison Alimentation et Nutrition) est en place.

Les actions d'éducation thérapeutique, inscrites dans les orientations stratégiques de la clinique sont opérationnelles : dans le cadre de la chirurgie bariatrique, et du programme validé par l'ARS et de l'accompagnement des patients tout au long du programme, par une équipe, coordonnée par une infirmière coordinatrice dédiée ; dans le cadre de l'école des patients en ambulatoire sur chirurgie PTH ainsi qu'en maternité, sur l'accompagnement à la fonction parentale et au Nesting, projet en cours de validation.

L'organisation de la concertation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en charge du patient, dans le cadre de la prise en charge des patients en soins palliatifs, est organisée au cours des réunions 3C soit sur site, soit à l'extérieur.

La collaboration et la solidarité des professionnels entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient sont effectives.

Les mécanismes de coordination en place, sont assurés par les responsables de pôle et l'encadrement, en lien avec les médecins et la Direction.

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est formalisée. Un matériel d'urgence opérationnel est disponible et les professionnels sont formés à son utilisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation d'une personne se présentant pour une urgence.

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes médicales, administratives et techniques sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 et 7j/7.

Les conditions d'accès de l'entourage du patient sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, en particulier en soins palliatifs et sur le secteur de maternité.

Les modalités d'information de la famille sur l'état de santé du patient sont adaptées et un accueil spécifique est organisé, en cas de situation grave (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) ainsi que dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique.

Concernant les examens de laboratoire, les demandes d'analyse sont argumentées, identifiées, datées et signées; les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient; les résultats sont retrouvés dans le dossier informatisé; le patient est informé en cas d'examen de biologie médicale et son consentement est recherché pour certains prélèvements.

Les demandes d'examens radiologiques sont argumentées, identifiées, datées et signées

(renseignements cliniques, motif de l'examen) et les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient et sont transmis par le biais du PACS au niveau du bloc opératoire. L'organisation autour de la prise en charge du patient permet d'assurer la continuité et la coordination des soins. La sortie (ou le transfert) du patient est organisée et anticipée. Les patients et les proches sont associés à la planification de la sortie ainsi que les professionnels d'aval lorsque la situation le nécessite. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus sur la base d'indicateurs. L'évaluation est assurée dans le cadre des démarches EPP, sur le parcours coordonné du patient pris en charge en chirurgie orthopédique, en ambulatoire, sur le parcours coordonné du patient pris en charge en chirurgie bariatrique, sur l'évaluation de la prise en charge de la dénutrition en service de gériatrie, sur la mise en place du score de News : outil de dépistage et de communication sur dégradation état de santé du patient opéré en chirurgie digestive; du parangonnage régional des unités de chirurgie et des blocs opératoires sur la mise en place d'une démarche d'amélioration des flux patients et des transports patients entre bloc et UCA; des enquêtes patients de prévalence sur la prise en charge de la douleur; de l'audit clinique ciblé sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans les dossiers patients et de prise en charge de la douleur sur les acromioplasties en chirurgie ambulatoire; de l'analyse des questionnaires de satisfaction (retour de 50%) et l'exploitation de ces questionnaires au fil de l'eau, à partir d'un logiciel.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs et des résultats des différentes évaluations permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des risques identifiés. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement par le Responsable QSE, en lien les responsables de pôle et l'encadrement des services.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, en continu sur le terrain par les pilotes sur le processus ; dans le cadre du CODIR restreint hebdomadaire et du CODIR élargi trimestriel. L'analyse permet d'identifier les points à risque; les dysfonctionnements répétitifs ; les mesures complémentaires à prendre.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration qui sont réalisées, concernent le développement des programmes d'éducation thérapeutique ainsi que les actions en lien avec les risques prioritaires identifiés, comme l'optimisation de la prise en charge des urgences et l'optimisation du dispositif d'accueil et d'admission, en termes de recueil et d'exhaustivité des données ainsi que des délais.

Les actions en projet concernent le développement de projets innovateurs, comme l'atelier Nesting sur la maternité ainsi que le projet de médecine intégrative au service de la qualité de vie au travail et de la gestion du stress des patients au bloc opératoire.

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints et sont suivis de la mise en place d'actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (Plan QSE institutionnel).

Il existe un système de diffusion et de communication en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels, sur le terrain par les pilotes, par le biais de la gestion documentaire informatisée, du journal interne, de l'affichage, des retours lors des formations internes et Passeport terrain.

La clinique met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à ce processus, dans le cadre du suivi régulier des démarches qualité et sécurité des soins ainsi que du fait de l'implication effective des représentants des usagers dans les différentes démarches d'amélioration.

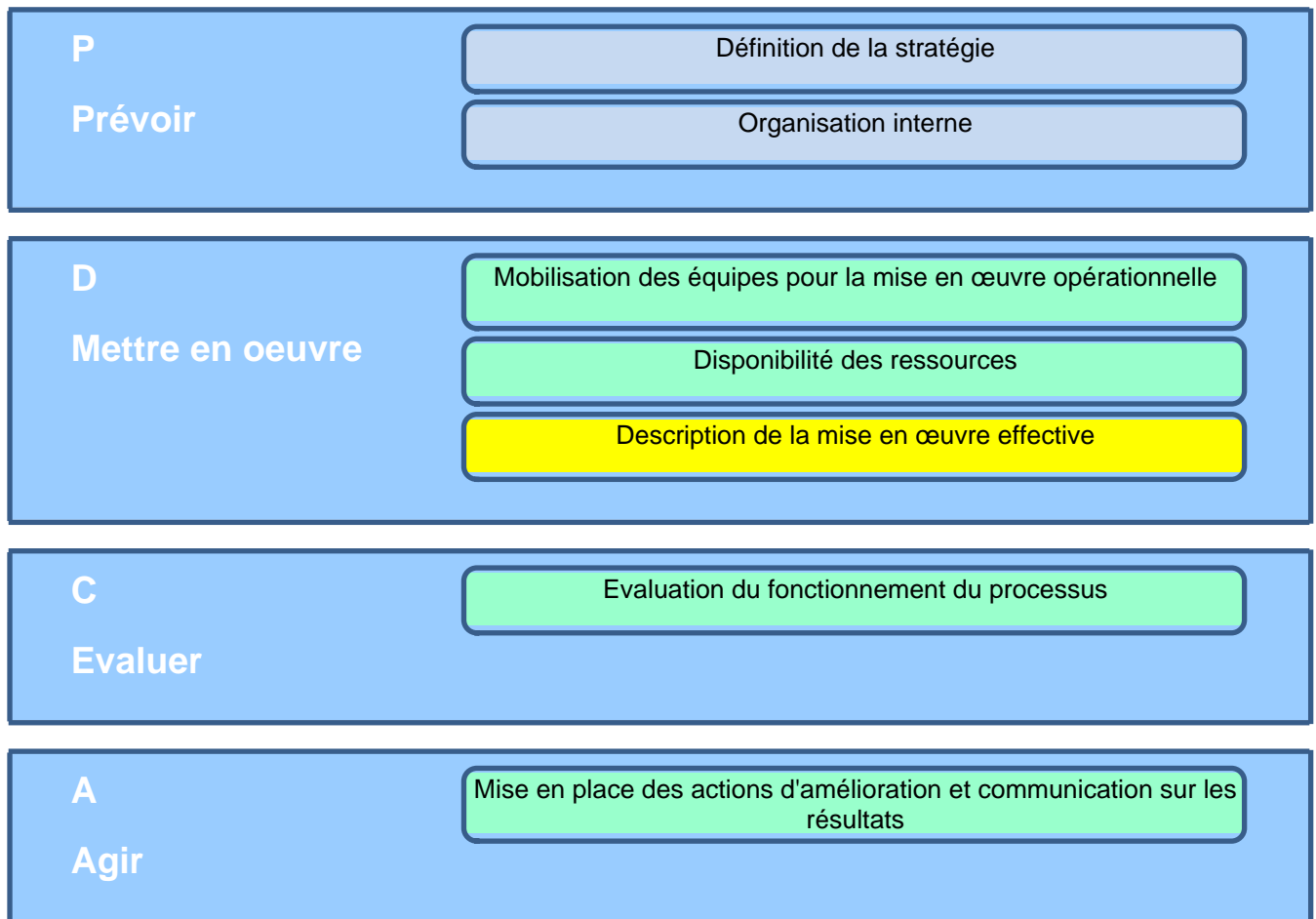
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

En fonction de ses missions, la Clinique Jean Villar, du groupe ELSAN SANTE AQUITAINE a identifié ses besoins et analysé ses risques. Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont les données PMSI, la loi de Mars 2002, le recueil des indicateurs IQSS et HN, le nombre de demandes de dossiers, les études rétrospectives de dossiers menées dans le cadre des démarches EPP et PT, le registre des cancers et décès, les SAE, les audits, l'OMEDIT.

L'identification des principaux risques, considérés comme prioritaires, a été réalisée avec les professionnels concernés, par le groupe constitué dans le cadre de la Commission dossier patient.

L'analyse prend en compte les risques à priori et les risques à posteriori. La hiérarchisation des risques a été réalisée à partir des grilles de la HAS, du niveau de criticité pondéré par le niveau de maîtrise. Elle prend en compte toutes les étapes de la gestion du dossier du patient de la création à la destruction ; au regard des différents supports du dossier : papier et/ou informatique ; au regard des différentes spécificités, en lien avec les pôles et secteurs d'activités. Les risques identifiés ont été intégrés à la cartographie générale des risques de l'établissement et déclinés pour les risques considérés comme prioritaires au niveau du Compte Qualité.

Elle a débouché sur la définition de priorités d'amélioration sur le processus.

Il existe une stratégie de gestion du dossier du patient qui est formalisée dans une politique et guide d'utilisation du dossier patient, au niveau du schéma directeur d'information Aquitaine Santé ainsi que du projet d'établissement 2017-2021. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Elle prend en compte l'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information quant aux droits d'accès à la fois sur les modalités standard et les modalités spécifiques par rapport aux ayants droits.

Elle est validée par les instances concernées par le processus (CME, Direction, Médecin DIM groupe). Elle fixe des objectifs d'amélioration qui portent sur l'informatisation complète du dossier patient et le déploiement sur l'ensemble des secteurs d'activités et services, d'un dossier unique.

La politique " Dossier Patient" prévoit que le dossier patient est un outil de recueil de l'ensemble des données patient, en termes de continuité et sécurité des soins et disponibilité de l'information en temps utile. Elle couvre la gestion du dossier du patient et l'accès du patient à son dossier. Il existe une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers, lors des réunions institutionnelles, sur l'intranet par le biais de la gestion documentaire informatisée et du portail qualité, dans le cadre du CODIR restreint mensuel et du CODIR élargi trimestriel.

La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée au niveau du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou Plan QSE institutionnel.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : le processus concerné, le libellé de l'action, l'identification du pilote/responsable, le libellé du risque, les résultats souhaités, la criticité intégrant le niveau de maîtrise, les échéances et l'état d'avancement.

Il existe une articulation entre les actions considérées comme prioritaires du Plan QSE et les actions du CQ.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement. Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis : il s'agit de la Commission du dossier patient, en lien avec le SIH qui est constituée du Directeur, du Médecin DIM groupe, du Référent du logiciel DPI, des techniciens de l'information médicale, du Président de la CME, de la DSI et du Responsable qualité sécurité environnement ou Responsable QSE.

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique du dossier du patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste et fiche de missions de pilote du processus.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil métier. Une personne référente est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation : médecin DIM multi sites et sur le groupe ; création d'un poste à temps plein de Référent du dossier patient informatisé ; pérennisation de la Commission dossier patient ; création d'un poste de Technicien informatique, en soutien de l'Informaticien en place ; poste de responsable des systèmes d'information ; poste identifié secrétaire d'information ou SIM.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés, dans le cadre du plan de formation annuel de l'établissement qui prévoit des formations régulières pour les TIM, un programme de formation en continu, assuré en interne, par le Référent DPI sur la prise en mains et les évolutions du logiciel pour les médecins et soignants et la formation

Passeport Terrain pour les nouveaux arrivants.

L'établissement a défini, en lien avec le groupe, les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient : support logistique de veille réglementaire pour le Benchmark des données ; déploiement d'un réseau informatique filaire et wifi couvrant l'établissement. Les besoins et outils sont déterminés en fonction d'un plan d'investissement et d'un plan de maintenance. Le plan de maintenance est organisé à partir de l'Informaticien et d'un contrat de maintenance par Hot Line avec le fournisseur et sur le terrain à partir de la Référente dossier informatisé, en capacité également de paramétrage du logiciel ainsi que de l'encadrement.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

Des locaux d'archivage sont prévus sur le site, pour la conservation des dossiers papier, sur une durée de 3ans et demi et au-delà un contrat est passé avec un hébergeur externe.

Les besoins en procédures sont identifiés et formalisés. Elles sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisée et du portail qualité.

La politique définit la constitution du dossier papier et du dossier informatique, l'utilisation par les intervenants y compris les intervenants externes ayant un accès autorisé en tant que lecteur ; les règles d'utilisation, de tenue, de gestion, d'archivage, de responsabilités et les règles d'accessibilité au dossier 24 h/24 ; les règles de confidentialité ; les délais de communication du dossier. Toutes les règles d'utilisation, de gestion, de responsabilités, d'archivage sont également définies au niveau des guides d'utilisation ou annexes en fonction de la spécificité de l'activité.

Pour le dossier informatisé, le mode dégradé est organisé à partir de la procédure en place qui prévoit les modalités de fonctionnement.

Les besoins en documents d'information et outils d'aide pour les professionnels (consignes, guides, annexes) sont identifiés, au niveau de la gestion documentaire informatisée et du portail qualité. Les besoins en supports d'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont identifiés au niveau des différents livrets d'accueil, en fonction de la spécificité de l'activité et les documents (Charte du patient hospitalisé).

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus entre les différents acteurs, à partir des membres de la Commission dossier patient, de l'encadrement.

La coexistence de supports papier / informatique est organisée dans le cadre de la Commission dossier patient, en lien avec la Direction et la Direction de l'information médicale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement assure le déploiement des démarches d'amélioration sur le dossier patient, en lien avec la Référente DPI qui est en capacité de paramétrer les items au niveau du logiciel, en fonction des besoins des utilisateurs soignants, médicaux, administratifs.

Les professionnels sont associés au dispositif, en termes de demandes de paramétrage, par rapport aux besoins identifiés et de la spécificité de l'activité du service.

Dans le cadre de la Commission dossier patient, ils participent à la réflexion sur l'élaboration des protocoles et autres documents ; aux évaluations du dossier du patient ; à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables. Les professionnels sont associés au choix des actions.

Les professionnels ont accès aux résultats : des indicateurs sur le dossier du patient; des évaluations sur la thématique concernée par le biais de la gestion documentaire et du portail qualité, de l'affichage des indicateurs Scope Santé à tous les étages, du journal interne. Ils sont informés du fait de leur appartenance aux groupes de travail et de réflexion.

La référente DPI, les TIM et la Responsable QSE s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sur la tenue et la gestion du dossier, par le biais d'audits mensuels du dossier sur les validations de soins, d'audits type IQSS réalisés selon la grille HAS ainsi que d'audits à partir de la grille simplifiée. En regard des résultats, des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques sont mises en place. L'encadrement fait également des vérifications, lors d'audits sur des points particuliers, concernant le dossier, comme le respect des tests en mode dégradé ; dans le cadre des démarches EPP et Patient Traceur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles : médecin DIM multi- sites et sur le groupe ; Référent du dossier patient informatisé ou Référent DPI à temps plein ; pérennisation de la Commission dossier patient ; 2 Techniciens informatique ou TIM, en soutien de l'Informaticien en place ; Responsable des systèmes d'information ; Secrétaire d'information ou SIM, en charge de l'archivage, du classement dans les box et de la manutention des dossiers papier.

Les professionnels en poste sont formés : optimisation des pratiques en PMSI, identitovigilance, programme de formations internes par le Référent DPI : médecins à la prise en mains de l'outil, de tous

les utilisateurs lors des évolutions du logiciel, lors de la mise en place du logiciel comme en chimiothérapie, dans le cadre des formations/actions sur des rappels.

Les remplaçants/intérimaires sont formés par la Référente DPI, dans le cadre du Passeport Terrain.

Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour : responsabilités, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage.

Les règles de tenue en place et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés : procédures sur le mode dégradé (en ambulatoire, en chimiothérapie), fiche technique organisation du dossier papier descente et retour du bloc, manuel d'utilisation médecin du dossier informatisé, guide des prescriptions, circuit de la fiche navette PMSI.

Les annexes au dossier définissent les particularités du dossier, en fonction du type d'activité et/ou de prise en charge : dossier hospitalisation complète, dossier ambulatoire, dossier maternité, dossier naissance, dossier réanimation, dossier chimiothérapie, dossier externe.

Pour les professionnels externes, des fiches techniques d'utilisation du logiciel et différents modules à disposition des utilisateurs.

Les professionnels sont associés à leur élaboration et leur réactualisation, dans le cadre des groupes de travail, des audits et démarches EPP et Patient Traceur.

Les locaux et équipements sont conformes et adaptés : bureaux et salles de soins sécurisés, chariots dossiers sécurisés pour les dossiers papier . Les outils informatiques sont disponibles et adaptés : écran de veille sur les PC, fermeture des sessions après interruption prolongée des enregistrements , par rapport au respect de la confidentialité des données ; parc identifié en termes de postes disponibles et postes de remplacement ainsi que batteries de remplacement.

Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations, sur une période définie de 3 ans et demi. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

Au-delà de cette période, l'archivage est assuré par un hébergeur externe sur une durée définie de 30 ans.

L'entretien et la maintenance des outils et matériels sont assurés par l'Informaticien en place et le système de Hot Line avec le fournisseur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont globalement tracés, en temps utile dans le dossier du patient et permettent de garantir l'accessibilité aux informations nécessaires à la continuité de la prise en charge, lors du séjour du patient ainsi qu'aux correspondants externes ou professionnels d'aval, dans le respect des règles de confidentialité.

Il existe un dossier papier de pré admission, remis lors des consultations par les praticiens libéraux (pochette hospitalisation, pochette ambulatoire).

Il existe un dossier commun d'hospitalisation, un dossier ambulatoire, un dossier maternité, un dossier chimiothérapie qui prend en compte les spécificités de prise en charge et dont le contenu est défini dans les annexes du guide d'utilisation du dossier. Ce dossier commun est informatisé et il demeure une partie papier. Le dossier informatisé est commun, dans la mesure où il comporte une partie immuable, avec des données et documents fixes, quel que soit le secteur et le type d'activité et qui comprend : une partie qui est le dossier médical composé des prescriptions médicales (médicaments, examens, observations) et thérapeutiques ainsi que du dossier transfusionnel ; une autre partie qui est le dossier de soins, correspondant à la validation des prescriptions médicales et prescriptions thérapeutiques par les différents soignants (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, paramédicaux) ainsi que les transmissions ciblées, la planification de soins et la feuille de visite qui permet d'avoir la synthèse du suivi du patient sur 5 jours successifs.

La partie variable du dossier informatisé est la partie qui est paramétrable, en réponse à la spécificité de l'activité, en fonction des pratiques liées au type de prise en charge et au mode d'hospitalisation, des besoins des utilisateurs et de la réglementation.

Par rapport à cette organisation, il demeure des particularités sur la réanimation, secteur sur lequel le dossier est informatisé, à l'exception des multiples prescriptions médicales et thérapeutiques. De même sur le secteur maternité, seul le partogramme n'est pas informatisé.

Cependant, au niveau du dossier patient, la traçabilité des informations n'est pas toujours garantie, du fait de la coexistence d'un dossier papier et d'un dossier informatisé.

En visite, il a été constaté que sur le service de maternité, les professionnels (sage-femme) assurent une retranscription des données médicales, issues des cabinets de consultations des praticiens libéraux, à partir d'une impression papier des données. Le logiciel des praticiens n'étant pas interfaçable avec le dossier informatisé de la Clinique, il subsiste de ce fait, un risque potentiel d'erreur de retranscription des données et de pertes d'informations.

Les éléments constitutifs du dossier d'hospitalisation papier sont définis : dossier d'anesthésie pré opératoire, dossier médical initial, dossier bloc, dossier transfusionnel pour lequel ne subsistent, sous forme papier que la photocopie du groupe sanguin, le RAI, le bordereau de délivrance et la fiche de traçabilité.

Il existe des passerelles et interfaces entre le dossier administratif et le DPI, entre le laboratoire externalisé et le DPI avec accès aux résultats biologiques en direct, entre l'imagerie et le bloc pour la réception des images.

Les informations sont établies et formalisées à la fin du séjour.
Les procédures établies sont mises en œuvre .
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil.
Le respect des délais définis par la réglementation, pour l'accès du patient à son dossier est évalué et assuré. Une personne référente est identifiée pour assurer le respect des délais.
Au niveau du PMSI, il existe une saisie décentralisée de leurs actes, par les praticiens au niveau du bloc opératoire et services et une saisie centralisée des diagnostics par l'équipe d'information (TIM et DIM).
Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles et assurées par l'encadrement et les membres de la Commission dossier patient.
Les instances sont opérationnelles : CME, CODIR restreint, CODIR élargi.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient, sur la base d'indicateurs.
L'évaluation porte sur la gestion du dossier patient au regard des règles mises en place et des résultats d'indicateurs et notamment ceux généralisés par la Haute Autorité de Santé sur le dossier patient, sur l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, le nombre de demandes de dossiers, le taux de fiches de signalement d'événement indésirable, le nombre de personnes formées au logiciel dossier. Le dispositif d'évaluation est structuré.
Le suivi régulier de la progression des indicateurs, permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des risques identifiés. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement par la Responsable QSE, qui coordonne l'ensemble des démarches.
Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, dans le cadre des réunions du CODIR restreint mensuel et du CODIR élargi trimestriel et au minimum, une fois par an.
L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points à risque; les dysfonctionnements répétitifs ; les mesures complémentaires à prendre.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre, au regard des évaluations réalisées et des risques identifiés, concernent l'informatisation du dossier en secteur de chimiothérapie par rapport à la prise en charge médicamenteuse, les actions mises en place sur le risque identifié dans le Compte Qualité portant sur le courrier de fin d'hospitalisation, à la fois sur la non-conformité du contenu et sur la non-conformité des délais d'envoi.
L'action stratégique concerne l'informatisation complète du dossier patient, en vue d'un dossier unique sur tous les secteurs d'activité et de la garantie de continuité des soins ainsi que de la disponibilité de l'information en temps réel.
La politique de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'actions associé.
Le programme d'amélioration associé est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs et sont suivis de la mise en place d'actions d'amélioration.
Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques ou Plan QSE institutionnel, présenté en réunion de CDU, aux représentants des usagers.
Il existe un système de diffusion et de communication en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels, sur le terrain par les pilotes, par le biais de la gestion documentaire informatisée et du portail qualité, du journal interne, de l'affichage.
L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CDU, sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier ; délais de transmission des dossiers aux patients ; suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

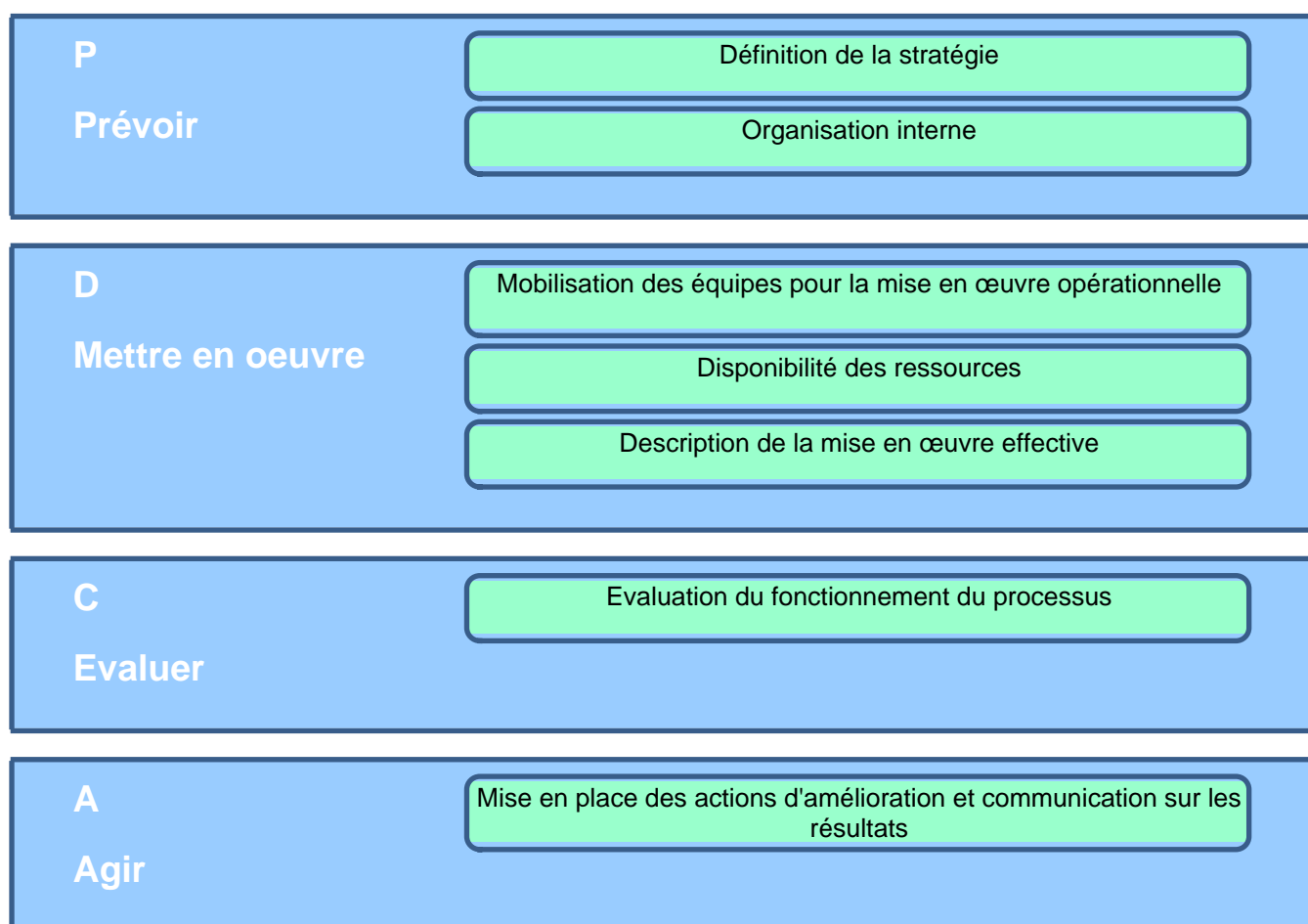
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en concertation avec les professionnels concernés. Un volet de la politique concerne les dispositions spécifiques au sujet âgé en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable. Cette stratégie a été validée par le directeur et le président de la CME. Elle est présentée en Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS). Les données utilisées pour réaliser l'analyse des besoins et des risques concernent les orientations nationales et régionales, la réglementation en vigueur, l'analyse collective des risques a posteriori : plaintes et réclamations des patients, événements indésirables, erreurs médicamenteuses, RMM, démarches de retour d'expériences, les résultats de différentes évaluations, de l'analyse des risques a priori et du suivi d'indicateurs. L'analyse des risques est réalisée au regard de chaque étape du circuit du médicament, du déploiement du projet d'informatisation, de la survenue d'un incident technique. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et analysés avec les professionnels concernés. Au regard de ses missions, l'établissement élabore sa stratégie à partir de la réglementation en vigueur et de la hiérarchisation de ses risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori. Il établit ses priorités d'action et fixe dans sa stratégie, des objectifs d'amélioration précis et mesurables. L'établissement traduit l'analyse de ses missions et risques dans une stratégie institutionnelle au niveau d'un volet sur la politique figurant dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce document est élaboré de façon concertée notamment avec les professionnels. Il est validé par le CODIR. L'identification des objectifs d'amélioration est réalisée. La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée en un programme institutionnel d'actions d'amélioration. Dans ce programme, le choix et la hiérarchisation des actions objectives de maîtrise des risques sont adaptés au contexte et aux spécificités de l'établissement. Il s'appuie sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori et permettent d'améliorer la réponse aux besoins. Les risques prioritaires ont alimenté le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est le pharmacien qui est également nommé responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, responsable de la pharmacovigilance et de la matériovigilance. Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués sont définis. Les différents professionnels disposent de fiches de poste. Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs. Le déploiement du projet d'informatisation est réalisé sur l'ensemble des lits à l'exception sur service de réanimation qui dispose de 8 lits. La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts internes inclus. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies. L'organisation de la permanence pharmaceutique est prévue sous la forme de dotations dans les services, d'une dotation pour besoins urgents et d'une convention avec le CHU de Bordeaux. La conciliation médicamenteuse dans l'établissement est engagée. L'établissement dispose des ressources humaines adapté à ses besoins. L'établissement identifie les besoins en formation continue afin de garantir la maîtrise du processus et planifie des actions de formations nécessaires. Des actions de sensibilisation et de formation notamment à la prévention des erreurs médicamenteuses sont prévues au plan de formation institutionnel. Elles concernent notamment la conciliation médicamenteuse, la préparation des anticancéreux, le dépôt de produits sanguins labiles. Il existe un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction sous la forme d'un Passeport Terrain de deux journées de formation à raison de deux sessions an. Des modalités d'adaptation des intérimaires sont prévues sous la forme de tutorat. Dans le cadre des ressources documentaires, la liste des prescripteurs habilités est disponible dans la structure. L'établissement dispose d'un ensemble de documents : manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, protocoles et procédures. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration actualisés et validés, à destination des professionnels sont prévus : livret thérapeutique qui comprend la liste des médicaments à risques, un thésaurus de protocoles en chimiothérapie. Les données de référence concernant le sujet âgé permettant une prescription conforme sont mises à disposition des professionnels sous la forme d'un guide de bonnes pratiques. Des supports de traçabilité de relevés de températures des réfrigérateurs à médicaments sont prévus. Des supports issus de laboratoires pharmaceutiques pour les patients stomisés, diabétiques sont également disponibles ainsi que des carnets pour les patients sous AVK et les patients diabétiques. La structure dispose de documents d'information des patients dans le livret d'accueil des patients en ce qui concerne la gestion de leur traitement personnel. L'établissement a établi les ressources matérielles nécessaires au regard des risques et besoins identifiés sur le processus. Les locaux, les équipements et le matériel nécessaires sont identifiés. Leur organisation répond aux besoins de l'activité. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place et une gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée en interne, au niveau du groupe ou par des prestataires identifiés. Une analyse des besoins en système d'information et autres solutions technologiques est réalisée, en tenant compte de l'ensemble

du processus de prise en charge médicamenteuse et des impératifs de cohérence et de sécurisation associés. Le schéma directeur du système d'information comporte un projet d'informatisation du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration). Dans le cadre du programme hôpital numérique, la prise en compte de la consultation électronique des résultats de biologie, directement depuis la PUI pour réaliser l'analyse pharmaceutique des prescriptions est effective. L'informatisation du plan de soins, alimenté par l'ensemble des prescriptions, est opérationnelle. L'établissement a défini les différents circuits et interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques, administratifs. Ces circuits intègrent notamment la gestion des déchets pharmaceutiques, la livraison des médicaments dans les secteurs, le retour des produits périmés. La gestion des interfaces entre la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et les différents secteurs de soins est organisée, notamment au niveau des modalités de dispensation et l'organisation de la permanence pharmaceutique. La gestion des avis pharmaceutiques est structurée. Les partenariats externes sont organisés, selon les besoins. Cependant, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas toutes définies. En effet, les médicaments identifiés à risque dans le livret thérapeutique ne sont pas identifiés comme tel dans la PUI. En réanimation, l'identification n'est pas réalisée au niveau de la dotation de service, les professionnels concernés ont pris en compte ce constat et mis en œuvre, en partie, la mesure corrective durant la visite. L'étiquetage des produits qui le nécessitent a été réalisé. Au moment de l'administration, aucun médicament mis dans les piluliers ne comporte l'information de médicaments à risques dans l'ensemble des services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres des services communiquent auprès de leurs équipes, sur la stratégie de l'établissement en lien avec le processus et recueillent leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur. Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein de leur secteur dans le cadre de leurs projets de services avec la participation du pharmacien, de la responsable qualité et d'un médecin gériatre. Ils identifient des objectifs opérationnels, traduits en actions opérationnelles dans leur projet de service et les mettent en œuvre. Les professionnels de terrain sont informés des enjeux, des risques, objectifs et plans d'actions établis pour leur secteur, en déclinaison du programme qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les équipes participent au recueil et à l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, à la déclaration et à l'analyse collective des événements indésirables, aux CREX. Le responsable du secteur, le pharmacien, la responsable qualité évaluent les activités et s'assurent du suivi du programme d'action. Ils s'assurent que les points critiques sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, et autres consignes). Les actions correctives sont mises en place en cas de non maîtrise, de dysfonctionnements avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel. Des actions de sensibilisation et de formation notamment à la prévention des erreurs médicamenteuses sont réalisées sous la forme d'intervention du pharmacien dans l'ensemble des unités de soins avec deux interventions par services, l'une sur les Never Evens, la seconde sur les bonnes pratiques médicamenteuses. Il est également intervenu auprès des préparatrices en pharmacie à l'occasion de l'introduction dans la Clinique de l'activité en chirurgie bariatrique en ce qui concerne les dispositifs médicaux stériles liés à cette activité. Les professionnels ont également participé à une formation sur l'utilisation des morphiniques et les médicaments dans le cadre de la sédation profonde dans le secteur où se déroule les prises en charge en soins palliatifs. Les pharmaciens et un gériatre ont participé à une formation sur la conciliation médicamenteuse. Dans le cadre des chimiothérapies en ambulatoire, médecins, interne, préparatrices en pharmacie, ont suivi une formation sur le circuit de chimiothérapie (20 personnes). La référente Dossier Patient Informatisé réalise une formation au logiciel du dossier patient informatisé pour l'ensemble des nouveaux professionnels adaptée aux différents utilisateurs. A l'issue de la formation, elle leur délivre leur code d'accès personnel au dossier patient informatisé. Les procédures sont disponibles et actualisées (moins de 5 ans). Ces documents sont accessibles aux professionnels et intégrés dans le dispositif de gestion documentaire informatisée sur le portail qualité de l'établissement. Les outils d'aide à la prescription et à l'administration validés sont connus et utilisés par les professionnels. Le livret d'accueil du patient est systématiquement remis lors de l'accueil administratif. Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de soins et à la pharmacie à usage intérieur. L'établissement dispose des rangements et stockage des médicaments et stupéfiants adaptés. L'étiquetage des produits est réglementaire. Les unités de soins disposent d'un réfrigérateur dédié exclusivement au stockage des médicaments. Le chariot d'urgence vitale, scellé, contient les produits de santé conformément à la liste établie, concertée entre médecins, et pharmaciens.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent les règles, protocoles, procédures, l'organisation établie et les circuits définis. Les règles de prescription sont mises en œuvre dans le dossier informatisé. En service de

réanimation, les médecins renseignent une fiche journalière de prescriptions sur un support informatisé spécifique au service créé par ces derniers. Elle est faxée à la pharmacie pour la mise en œuvre de la dispensation. L'administration des médicaments est réalisée sur le même support. Ce support comporte le poids du patient, l'accès aux données biologiques est possible pour le pharmacien. Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions est effectif. L'analyse a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est réalisée. Le dispositif d'accès aux données cliniques et biologiques du dossier du patient est opérationnel. La recherche d'éventuelles allergies est réalisée. La délivrance nominative des médicaments est réalisée pour les traitements personnels des patients dans les différents secteurs d'activité. Pour les autres traitements, elle est mise en œuvre sur forme de dotations propres à chaque service. La permanence pharmaceutique est opérationnelle sous forme de dotation pour besoins urgents. Celle-ci est située dans le sas d'entrée de la PUI. L'accès est sécurisé par une carte sécurisée. La délivrance pharmaceutique est tracée selon la réglementation pour les stupéfiants et les produits sanguins labiles. Les bonnes pratiques en matière de préparation anticancéreux sont mises en œuvre. L'acheminement vers les unités de soins est assuré par des coursiers faisant partie du service pharmacie. Il répond aux exigences en matière d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de traçabilité. Les infirmières assurent l'acheminement des traitements personnels des patients. Les préparatrices assurent le réapprovisionnement des dotations de services et de la dotation pour besoins urgents. Le respect des règles de gestion, rangement et stockage des médicaments. Toutefois, les pratiques professionnelles ne respectent pas toujours les règles ou les recommandations de bonne pratique. En effet, le relevé quotidien de la température du réfrigérateur du bloc opératoire n'était pas réalisé. Les médicaments à risques sont identifiés dans les dotations des services, excepté en réanimation. En réanimation, au vue de la prescription journalière, les professionnels préparent l'ensemble des médicaments à administrer. Ils stockent l'ensemble des produits dans un chariot de soins individuel situé dans chaque box, qui lors de la visite n'était pas sécurisé et accessible aux patients. Le service de réanimation prend en charge des patients dans l'incapacité de se mouvoir dans leur chambre. Les visites sont limitées et encadrées par le personnel en poste. Par ailleurs, ce constat a été pris en compte par les professionnels durant la visite, une action corrective avec la mise en place d'une armoire de service sécurisée renfermant les traitements nécessaires pour les 24 prochaines heures a été mise en place. La préparation des piluliers est assurée par les infirmières de nuit. une vérification est assurée par l'infirmière qui procède à l'administration. Les médicaments restent identifiables jusqu'au moment de l'administration. Cependant, les règles d'administration des médicaments ne sont pas toujours connues en ce qui concerne les médicaments à ne pas écraser et à ne pas broyer. En gériatrie, un professionnel ne connaissait pas l'existence de la procédure en place, ni la liste des médicaments concernés. Par ailleurs, bien que le logiciel permette d'accéder au Vidal, il ne permet pas d'insérer la mention "à ne pas écraser et à ne pas broyer" afin que cette information soit disponible sur la prescription informatisée vérifiée au moment de l'administration. Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments à l'occasion des consultations, visites médicales, de l'administration des médicaments. La gestion du traitement personnel est assurée. Le patient bénéficie d'une information dans le cadre du livret d'accueil. L'ensemble des médicaments personnels en sa possession lui sont retirés à son admission. Ces derniers sont stockés dans un lieu identifié dans la dotation de service et ils sont remis au moment de son départ. Pour les patients admis dans le cadre d'une activité programmée, lors de la consultation d'anesthésie, le traitement est saisi informatiquement, cela permet d'anticiper les besoins du patient lors de son séjour. A l'entrée, le traitement est validé afin de permettre la dispensation. En ambulatoire, tout médicament prescrit est délivré par la PUI. La continuité du traitement médicamenteux est effective de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée au plus près de l'administration. L'ensemble des actes et vérifications lié à la prise en charge sont tracés sur des supports adaptés comme par exemple, la surveillance des températures des réfrigérateurs et congélateur, liste des médecins habilités, vérification des chariots d'urgence vitale, les avis pharmaceutiques. L'instance opérationnelle liée à la prise en charge médicamenteuse, le COMEDIMS (Comité du Médicament et des dispositifs médicaux Stériles) est opérationnelle. Les réunions périodiques donnent lieu à la rédaction de comptes rendus diffusés aux membres de la commission.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés. Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration. La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée. Une démarche EPP a été réalisée dans ce domaine. L'établissement mobilise les indicateurs nationaux Hôpital Numérique(HN) et l'Indicateur Qualité et Sécurité des Soins(IQSS) en lien avec la prescription médicamenteuse. Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs est réalisé comme le suivi de la consommation des antibiotiques en fonction de l'écologie bactérienne du service concerné. Le suivi régulier des résultats est assuré dans le cadre du COMEDIMS (Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles) et du COGERI (Comité de gestion des risques). Il permet de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des actions d'amélioration visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre. Suite aux CREX sur les déclarations liées aux dysfonctionnements sur les prescriptions les professionnels ont modifié le livret thérapeutique, notamment sur les unités de prescriptions afin d'assurer la conformité des prescriptions. Ce dernier a été enrichi par le recensement des médicaments à risques identifiés dans l'établissement suite au traitement d'une déclaration d'événement indésirable. L'identification des médicaments à risques a été réalisée pour certains médicaments stockés au réfrigérateur. L'EPP sur les "médicaments perdus de vue" a permis d'améliorer le suivi des délivrance partielle en pharmacie. Suite à une RMM, sur un dysfonctionnement de pompes d'analgésie une formation à l'utilisation du matériel a été réalisée. Suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs, il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites aux professionnels de la pharmacie et des secteurs de soins sous la forme de réunions de service, d'affichage, de portail internet et de journal interne.

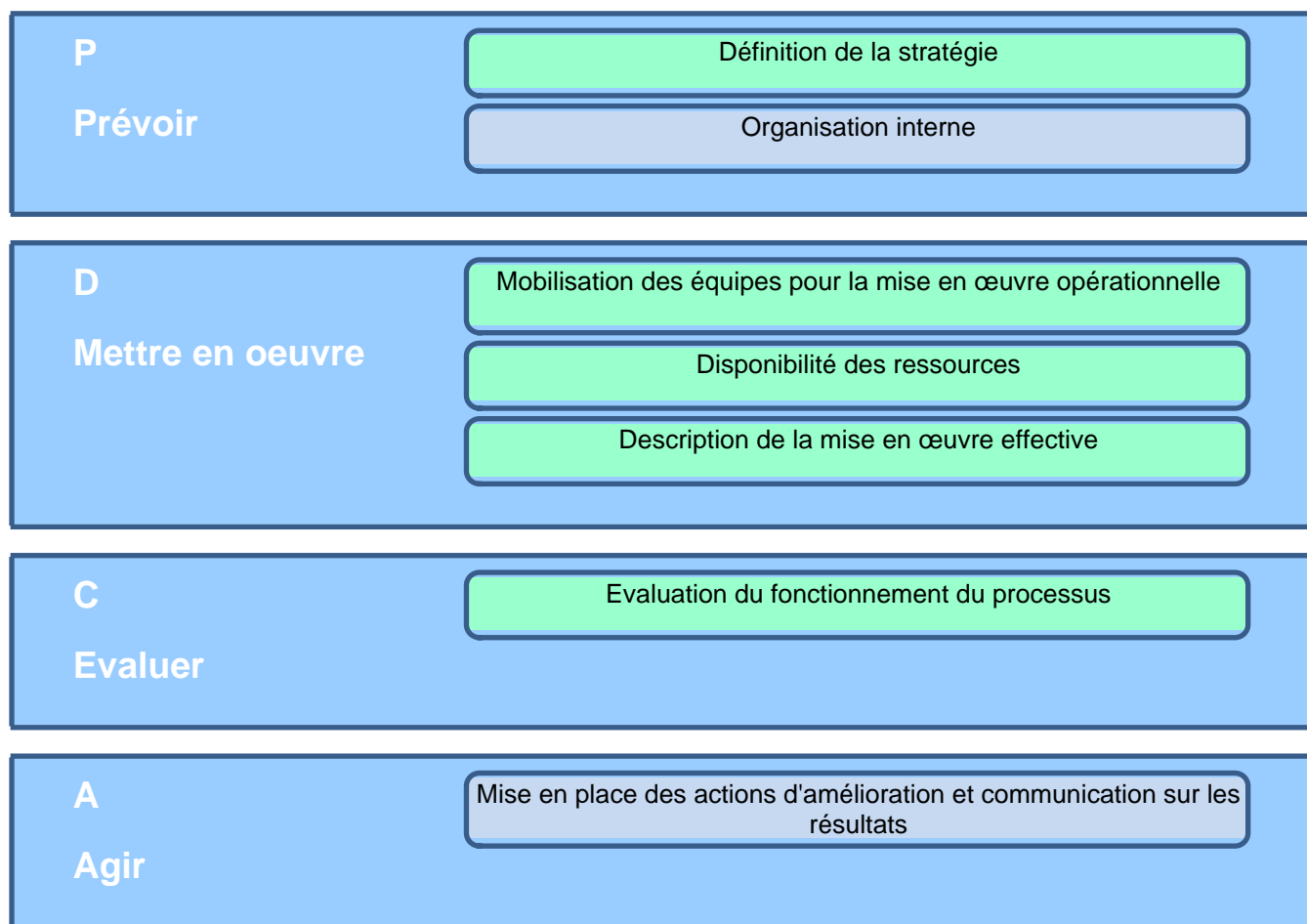
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Jean Villar a défini une stratégie dans un projet de service 2017-2021 et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification d'un établissement de santé médico-chirurgical de 226 lits et places avec une activité chirurgicale dotée d'une activité importante de chirurgie ambulatoire, d'une maternité de niveau 1 avec un centre de PMA, d'une activité de Médecine à orientation gastro-entérologie et de Médecine gériatrique.

En outre cet établissement privé à but lucratif est doté d'un service de Réanimation de 8 lits et d'un service de surveillance médicale continue de 4 lits.

L'analyse des risques propres à l'établissement à partir de la cartographie des risques élaboré par ses professionnels avec la méthode par processus, à partir des résultats de la certification, à partir des indicateurs nationaux et locaux, à partir de la réglementation, à partir des audits internes et des évaluations des pratiques professionnelles a permis de hiérarchiser ces risques au niveau du Compte Qualité de la Clinique.

Ces risques sont au nombre de 3: la non homogénéité du renseignement de la Check List Bloc Opératoire, la méconnaissance des procédures d'urgence vitale, et la sous déclaration des événements indésirables sur le secteur Bloc Opératoire.

Cette stratégie de la Qualité et de la Gestion des Risques au bloc opératoire, validée par la CME et le COPIL Gestion des Risques est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique Jean Villar a établi une organisation pour piloter le processus " bloc opératoire". Les pilotes sont le cadre du bloc opératoire et son adjoint. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. La charte du bloc récemment actualisé et validé par le comité du bloc opératoire reprend les missions et l'organisation du bloc avec la diffusion de la culture "gestion des risques et sécurité" en articulation avec le PAQSS institutionnel.

Le bloc opératoire est composé de 9 salles d'intervention, de 3 salles d'endoscopie digestive dont 1 dédiée à l'endoscopie interventionnelle, 1 salle dédiée à la FIV et d'une salle de surveillance post interventionnelle de 22 places.

La SSPI présente une partie dédiée aux nouveaux nés après les césariennes.

Une nouvelle salle dédiée à la chirurgie du rachis avec des dimensions adaptées à cette pratique et un arsenal dédié viennent d'être réceptionnés.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines médicales et paramédicales avec des formations régulières de ses professionnels: 11 médecins sont dans la procédure d'accréditation des métiers à risque, les paramédicaux bénéficient d'un plan de formation validé par la Clinique.

Les ressources matérielles sont adaptées à l'activité. Un audit du bloc opératoire en 2016 a recensé les principaux dysfonctionnements, en particulier ceux en rapport avec les ressources en locaux, matériel et équipements.

L'audit a abouti à la production d'un plan d'actions: un plan d'investissement prévoit l'acquisition l'achat de matériel nécessaire à la pratique de nouvelles activités ou de techniques chirurgicales nouvelles; achat d'un robot en urologie, chirurgie digestive et gynécologique.

Les ressources documentaires nécessaires sont disponibles, connues et utilisées par les professionnels: procédures d'urgence vitale, traçabilité du bio-nettoyage.

Le système d'information est double: informatique et papier car les postes informatiques de chaque salle sont utilisés par le médecin anesthésique, l'IADE, l'IBODE et pas toujours disponible. Un Point Qualité est localisé et connu des professionnels et regroupe tous les documents papier nécessaires. La GED est accessible et utilisée par tous les professionnels.

La gestion des interfaces entre le bloc opératoire, les services d'hospitalisation ambulatoire et complète, l'équipe transport, le bio-nettoyage, la stérilisation centrale, la biologie et la pharmacie est opérationnelle. Les circuits sont organisés pour faciliter la concertation entre les professionnels du bloc opératoire et les autres secteurs d'activité. La gestion des déchets est organisée et opérationnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au bloc opératoire sont établis: traçabilité de la Check List, vérification et traçabilité de la suppression dans les salles d'orthopédie(salles ISO 5),

déclaration des annulations et reports d'intervention, gestion des urgences vitales, déclaration des événements indésirables.

Le cadre du bloc et son adjointe sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au bloc opératoire. Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux différents plans d'action et informent les professionnels de leurs résultats au Point Qualité et lors des staff hebdomadaires.

Les professionnels sont formés et sensibilisés à la déclaration d'événements indésirables au nombre de 40 pour l'année 2017 sur leur secteur. Deux RMM ont été produites avec des actions correctives identifiées.

Des EPP :RAAC post chirurgie bariatrique, RAAC de la PTH, RAAC post césarienne sont réalisées par les équipes pluriprofessionnelles.

Les personnels mettent en œuvre les procédures et protocoles validés et actualisés.

Des plans d'action sont élaborés au décours des différentes évaluations avec les professionnels . Ils sont validés par le cadre avec la RAQ,la DDSI et lors des CODIR.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont en adéquation avec l'activité de la Clinique formation sur la stérilisation, Management et Gestion de l'ambulatorio, Accompagnement VAE IDE du bloc opératoire, AGFSU, Gestes d'urgence par simulation, Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, conduite des autoclaves en stérilisation centrale, journée régionale en Radioprotection, accueil du patient et identitovigilance.

Les nouveaux arrivants sont intégrés lors d'une journée de formation appelée Passeport Terrain qui se tient 2 fois par an. Un e Learning est disponible sur de nombreux sujets en rapport avec le Bloc Opératoire.

Un tutorat de 8 semaines est prévu pour les nouveaux IDE-IBODE

Le matériel , les locaux et les équipements sont intégrés dans le projet de service qui comprend un plan directeur des travaux, un programme d'équipement et un plan d'investissement des matériels nécessaires .

La documentation est disponible et utilisée quotidiennement au bloc opératoire:fiches spécifiques pour chaque intervention; fiches d'ouverture des salles d'intervention sur le plan chirurgical et anesthésique, protocoles sur le bio-nettoyage, cahier des procédures, demandes de rajouts au programme opératoire.

Ces documents sont actualisés au fil de l'eau en fonction des recommandations de bonne pratique des sociétés savantes, de la réglementation, et sinon de façon systématique tous les 4 ans.

Ces documents sont accessibles sur la GED ou sur support papier regroupés dans in site unique au bloc opératoire appelé Point Qualité.

Les outils informatiques sont suffisants : 1 poste fixe par salle d'intervention et dans le bureau du cadre.

L'entretien du matériel et la maintenance sont assurés par un prestataire biomédical à temps plein sur la Clinique Jean Villar.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Bloc Opératoire connaît l'organisation définie dans la charte.

Les personnels mettent en œuvre les procédures et protocoles validés et actualisés. La traçabilité des actes et interventions est assurée avec un logiciel bloc sauf pour l'anesthésie car l'éditeur n'a pas d'application adaptée pour l'anesthésie en phase peropératoire.

Les personnels sont sensibilisés de façon régulière sur la traçabilité car la Clinique évalue l'activité du bloc sur les plans quantitatif et qualitatif avec un tableau de bord précis permettant une comptabilité analytique et une évaluation de la Clinique Jean Villar dans un Benchmark régional annuel depuis 2015 .

La régulation des activités du bloc opératoire est assurée par le cadre du bloc et son adjointe afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

La planification est organisée et opérationnelle: elle est faite de façon hebdomadaire le jeudi avec le cadre du bloc, son adjointe et une anesthésiste. Le programme opératoire est actualisé la veille des interventions.Il est réalisé de façon pluridisciplinaire avec la cadre du bloc et l'anesthésiste.

La programmation des interventions en hospitalisation ambulatoire tient compte des spécificités de l'ambulatorio avec l'appel de la veille et celui du lendemain, sauf pour les interventions du vendredi pour lesquelles l'appel est réalisé le lundi suivant.

La procédure Check List est réalisée avec une traçabilité régulière .

La traçabilité des actes sur le DPI est presque exhaustif au bloc opératoire sauf pour l' anesthésie qui n'est actuellement intégrée au logiciel du bloc car l'application n'est pas disponible au niveau de l'éditeur.

La traçabilité des DMI est assurée dans le dossier patient et à la pharmacie.

La traçabilité de l'ouverture des salles sur le plan chirurgical et anesthésique se fait sur support papier.

Deux circuits coexistent: le circuit de l'hospitalisation complète et celui de l'ambulatorio.

Les interfaces entre consultations, services d'hospitalisation complète et ambulatoire, bloc opératoire, SSPI, stérilisation centrale, pharmacie, biologie, bio-nettoyage, service biomédical est opérationnelle.

Le bio-nettoyage est assuré par le personnel du bloc opératoire avec une traçabilité dès l'ouverture de la salle d'intervention, puis entre les interventions avec la durée du bio-nettoyage et enfin lors de la fermeture de la salle d'intervention.

Les instances sont représentées par le conseil hebdomadaire du bloc et le comité de bloc qui se tient 2 fois par an.

Des compte rendus sont produits lors de chaque comité du bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique Jean Villar assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sur la base d'outils identifiés : elle participe depuis 2015 à un Benchmark annuel des établissements de l'Aquitaine sur le bloc et la chirurgie ambulatoire.(indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité).

Les événements indésirables sont analysés au fil de l'eau lors des conseils hebdomadaires du bloc opératoire, puis lors des comités de bloc qui se tiennent au moins 2 fois par an.

Des RMM (2 en 2017) sont activées en tant que de besoin avec production d'un plan d'actions spécifique.

Des EPP sont conduites au niveau du secteur: RAAC après chirurgie de l'obésité, RAAC après chirurgie orthopédique (chirurgie de prothèse de hanche ou de genou), RAAC post césarienne.

Des audits internes sont réalisés: traçabilité du remplissage de la check list, audit zéro bijou, audit brancardage, audit grille d'évaluation de l'ASH, animation d'une salle de bloc des erreurs.

Un audit complet du secteur Bloc Opératoire est réalisé tous les 2 ans . Le dernier date de 2016 et a permis une réflexion contributive au projet du service Bloc Opératoire 2017- 2021.

Des indicateurs nationaux tels IQSS sur le dossier anesthésique, les infections du site opératoire(ISO), les infections post opératoires à bactéries multirésistantes (BMR) sont recensés et suivis par la Clinique.

Les évaluations sur le secteur Bloc Opératoire sont conduites au niveau institutionnel par les 2 pilotes du bloc opératoire, la RAQ, la DDSI qui en assurent également le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions institutionnel.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Un plan directeur des travaux a été engagé avec la construction d'un plateau technique intégrant une nouvelle salle d'intervention dédiée à la chirurgie du rachis, un plateau d'endoscopie avec des locaux de traitement des endoscopes conformes , une nouvelle stérilisation centrale permettant un traitement plus important des dispositifs médicaux réutilisables dans de meilleures conditions.

Une sensibilisation importante du corps médical pour développer les évaluations des pratiques professionnelles a été engagée par la CME.

Un plan d'investissement pluriannuel est validé.

Un programme d'achat des équipements est connu des professionnels.

Une Check List" Implants" est réalisée et éditée la veille des interventions.

Une procédure de régulation de la température des dispositifs issus du service de Stérilisation Centrale vers le bloc opératoire en vue d'une pose immédiate est active.

La traçabilité de la surpression dans les salles d'orthopédie(salles ISO 5) est réalisée systématiquement après une campagne de sensibilisation importante auprès des professionnels.

Des supports de diffusion sont établis: tableau d'affichage, Point Qualité, GED et sur Intranet..

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne lors des instances telles la CME ou les COPIL Gestion des Risques, comités du bloc opératoire tous les semestres ou la réunion de service du bloc 1 fois par an. En externe, la communication se fait dans le Journal Aquitaine Santé(JAQS) tous les trimestres; sur le site Google Groupe auquel appartient la Clinique Jean Villar; auprès des usagers, très présents dans de multiples instances: CDU, COPIL Gestion des Risques.

Le Benchmark régional fait l'objet de publications de l'ARS Nouvelle Aquitaine., un chirurgien orthopédiste a présenté récemment le RAAC orthopédie lors d'un congrès régional.

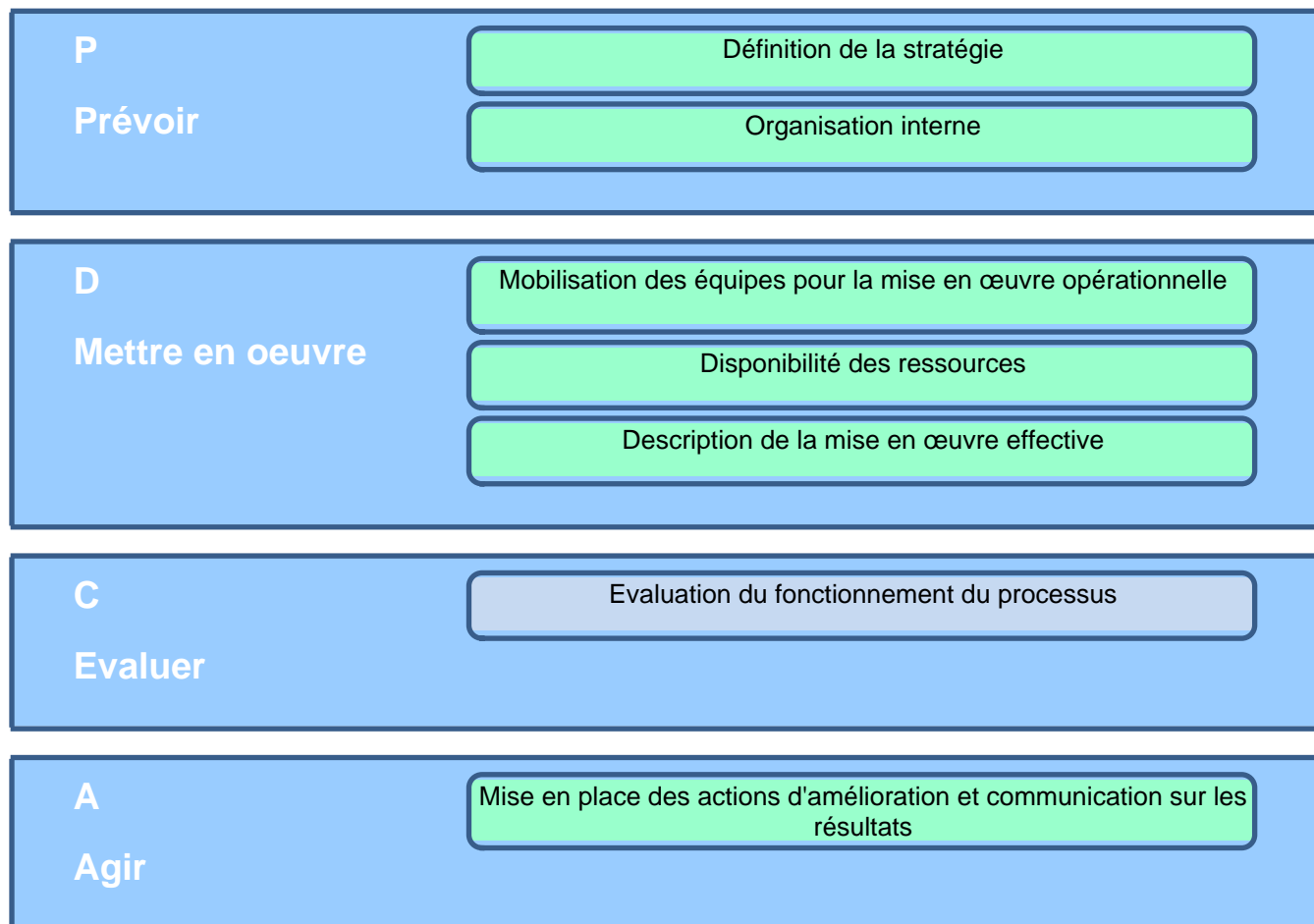
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique Jean Villar, du groupe ELSAN AQUITAINE SANTÉ, a identifié les différentes spécialités, réalisant des actes de radiologie interventionnelle : orthopédie prothétique, chirurgie générale (viscérale, gastro-entérologie) ainsi que l'activité d'endoscopie. En fonction de ses missions, l'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Les sources de données utilisées pour réaliser l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques sont le rapport ASN, les fiches de signalement des événements indésirables sur la radioprotection en rapport avec la dosimétrie. L'identification des principaux risques, considérés comme prioritaires, a été réalisée par un groupe de travail. L'identification de ce processus à risques a pris en compte les risques à priori et risques a posteriori et en particulier le risque radiologique vis-à-vis de la dosimétrie. L'analyse a permis de décliner les risques inhérents au processus, au niveau d'une cartographie, à partir du niveau de criticité pondérée par le niveau de maîtrise ; cartographie intégrée ensuite à la cartographie générale de la structure. Elle a débouché sur la formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance avec prise en compte notamment des actions prescrites par le rapport de l'ASN. Il existe une stratégie qui est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Cette stratégie est formalisée dans la Charte de bloc, révisée annuellement et en réponse aux préconisations de l'ASN. Elle est validée en Comité de bloc, par le groupe de travail en charge du processus, en CHSCT et en COPIL QVT, au moins annuellement. Elle fixe des objectifs d'amélioration opérationnels, qui sont formalisés au niveau du plan d'actions sur le processus et qui portent sur le respect du port des équipements de protection individuels ou EPI, des mesures de traçabilité des rayons ionisants, la formation des intervenants salariés et libéraux, le suivi dosimétrique, la disponibilité et le contrôle des EPI ainsi que des objectifs stratégiques, intégrés à la Charte de bloc, comme l'équipement de l'ensemble des salles de bloc opératoire, d'une signalisation lumineuse et la sensibilisation des praticiens à l'intégration des données dosimétriques dans les compte-rendus opératoires. Il existe une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers, lors des réunions de CHSCT, sur l'intranet par le biais de la gestion documentaire informatisée, dans le cadre du CODIR restreint mensuel et du CODIR élargi trimestriel et des réunions de la CDU. La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée au niveau du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ou Plan QSE institutionnel. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : le processus concerné, le libellé de l'action, l'identification du pilote/responsable, le libellé du risque, les résultats souhaités, la criticité intégrant le niveau de maîtrise, les échéances et l'état d'avancement. Il existe une articulation entre les actions considérées comme prioritaires du Plan QSE et les actions du Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la stratégie. Le rôle et les responsabilités des pilotes et copilotes impliqués dans la stratégie et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste et fiches de missions des pilotes. Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques : nomination d'une PCR du plateau technique qui prévoit les études de postes, de la dosimétrie, de l'information des professionnels en cas de dépassement des doses, de la gestion des équipements de protection, de l'alerte en cas de dépassement des doses, de la délimitation des zones réglementées, du suivi des différents contrôles et de pilotes opérationnels, qui déploient conjointement la prévention, la vérification et le contrôle des bonnes pratiques ; l'ingénieur biomédical sur le contrôle et la gestion des équipements et matériels. La coordination de la radioprotection pour les praticiens libéraux et leurs salariés est organisée. La PCR assure la protection de l'ensemble des intervenants salariés et libéraux, la coordination de la radioprotection est organisée par :

- une évaluation des risques,
- le classement des intervenants,
- un suivi dosimétrique passif, cristallin, extrémité et corps entier,
- le bordereau de livraison,
- le suivi IRSN via la dosimétrie active,
- le suivi des éléments pour la gestion d'incidents éventuels,
- la gestion des Equipements de Protection Individuelle (EPI) pour l'ensemble des intervenants.

L'ASN n'a relevé aucun manquement opérationnel sur la surveillance et la coordination de la radioprotection. En revanche, la désignation, par les praticiens libéraux, d'une Personne Compétente en Radioprotection (PCR) pour eux-mêmes et pour leurs salariés n'est pas définie. Les praticiens libéraux intervenant sur la clinique et utilisant le générateur de rayons au bloc opératoire n'ont pas procédé à la désignation d'une PCR, comme le préconisait le rapport de l'ASN. Malgré les courriers adressés par la Direction avant la visite, sur le rappel des obligations réglementaires en termes de radioprotection et la décision de proposer, durant la visite, la PCR de l'établissement comme PCR des praticiens libéraux, seuls trois médecins ont validé le courrier de nomination joint et dûment renseigné. Les recommandations de l'

ASN ont été intégrées à un plan d'actions et font l'objet d'un suivi régulier. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés ainsi que pour certains professionnels non salariés et sont organisés dans le cadre du programme de formations internes réalisées régulièrement par la PCR ainsi que des formations/actions sur le terrain biannuelles. Les formations des professionnels du bloc sont assurées deux fois par an. Au regard des besoins et risques identifiés, la clinique s'assure de l'existence des ressources matérielles, dans le cadre du plan d'investissements pluriannuel prévu sur la mise aux normes des salles de bloc opératoire et à l'utilisation des amplificateurs de brillance, le renouvellement des équipements de protection. La validation du plan d'investissement pluriannuel sur la radiologie interventionnelle est assurée conjointement par la Direction et l'Ingénieur médical, en charge de la vétusté des équipements et en réponse aux obligations réglementaires et préconisations du rapport annuel de l'ASN. Les ressources documentaires, les règles et procédures sont définies, formalisées et validées, en réponse à la gestion documentaire, exigée par l'organisme de référence (ASN) ; de la disponibilité des procédures sur les bonnes pratiques, au niveau de la gestion documentaire informatisée, pour l'ensemble des professionnels concernés. Les documents sont réactualisés en fonction de l'évolution de la réglementation. Des actions de communication, par la PCR et les pilotes opérationnels sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques liés au processus, notamment dans le cadre de CREX, de RMM, suite à des dysfonctionnements repérés ou signalés sur la radio protection et dans le cadre de formations Passeport Terrain sur le processus pour les nouveaux arrivants et les professionnels. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus, entre les différents acteurs, à partir du circuit en place PCR, ROSO, DSI, Adjoint de bloc, Ingénieur biomédical et Direction.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques liés aux actes de radiologie interventionnelle et afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, la PCR du plateau technique, en lien avec le ROSO et l'Adjoint de bloc, la DSI et l'IADE référente, assure au quotidien un suivi de la planification et du programme opératoire; une évaluation et vérification des règles de bonnes pratiques, à la fois pour les professionnels salariés intervenant au bloc et les professionnels non salariés ; une évaluation du risque dosimétrique que ce soit sur le port des dosimètres passifs et actifs et le port des EPI ; la gestion des alertes éventuelles en termes de dosimétrie. La PCR également Référent hygiène, assure des sensibilisations et/ou des formations actions sur le respect des procédures en place, en réponse à la réglementation ; sur les conduites à tenir en cas de dysfonctionnement et de prévention des professionnels. Le pilote et copilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques dans le cadre des démarches CREX et RMM organisées, suite à la déclaration d'un événement indésirable grave ; dans le cas de non respect des règles de maîtrise du risque infectieux et notamment de bio-nettoyage et d'absence de traçabilité des DMI ; en terme de respect de la traçabilité prenant en compte la traçabilité de l'acte et des matériels et équipements utilisés , la traçabilité du nettoyage/désinfection des locaux et équipements).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels concernés par l'activité sont formés en interne, par la PCR, à la fois sur le risque lié à l'exposition aux rayonnements ionisants ainsi que sur les pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux. Des rappels sont faits par la PCR, dans le cadre du Passeport Terrain, à l'ensemble des professionnels de la structure. La PCR propose également un programme de formation pour les nouveaux praticiens et une formation spécifique pour les nouveaux arrivants, à partir de supports de formation à la radioprotection, comprenant un module théorique et un module basé sur les règles de protection, avec remise d'une attestation de formation à la radioprotection des travailleurs exposés et des patients. La PCR assure, au quotidien, sur le terrain, des sensibilisations aux praticiens non salariés ainsi qu'à leurs salariés. Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour. La Charte de bloc stipule que l'ensemble de l'équipe opératoire s'engage à porter les protections contre les rayons ionisants et à respecter les protocoles de mesure et de traçabilité des rayons et que les personnes non équipées de dosimètres passifs devront sortir de salle lors de l'émission des rayons ionisants ; que le praticien s'engage à respecter et à faire respecter par son personnel l'ensemble des obligations liées notamment aux rayonnements ionisants, aux produits toxiques et plus généralement toutes les mesures prises par la Clinique, responsable de la prévention et de la gestion des risques. Il existe un processus d'information des professionnels sur les règles en place ainsi qu'un registre radioprotection qui stipule l'organisation de la radioprotection, la personne compétente en radioprotection, les fiches d'identification des générateurs de rayonnements ionisants, le plan des salles radiologiques et la délimitation des zones réglementées, les contrôles externes et internes de radioprotection, l'analyse des postes de travail, les fiches de classement des travailleurs exposés, les moyens de protection individuelle et test de performance des équipements de protection individuelle ou EPI, les procédures particulières sur la déclaration événements significatifs, les préconisations pour les femmes enceintes salariées, la sensibilisation des intervenants extérieurs, la gestion de la radioprotection des stagiaires et travailleurs temporaires. Les consignes de sécurité affichées sur chaque générateur comportent les

recommandations, les règles d'accès à la zone contrôlée, la conduite à tenir en cas d'incident, les coordonnées de la PCR, du médecin du travail et des autorités de sûreté nucléaire ASN/IRSN. Les équipements et matériels sont disponibles, adaptés et entretenus : tablier plombé, cache-thyroïde, casque ou lunettes, dosimètres passifs et actifs, port de bagues dosimétriques si les mains des praticiens sont dans le faisceau. L'établissement assure une analyse des postes de travail. Au niveau des locaux, l'établissement dispose de 7 amplificateurs de brillance mobiles : déclaration des générateurs électriques de rayons X à l'ASN ; évaluation des niveaux d'exposition aux rayons X au bloc opératoire et dans les zones attenantes conduisant à un classement en zone réglementée de la périphérie des salles d'opération dans lesquelles sont utilisées les amplificateurs de brillance mobiles. Il existe un affichage indiquant les recommandations, le zonage de la salle et les consignes de sécurité. Deux salles sont équipées d'un voyant rouge au-dessus de la porte de la salle d'intervention pour indiquer que l'amplificateur est sous tension et les 8 autres salles sont équipées d'un oculus avec un affichage (Accès en zone contrôlée) et du signalement du tir lors de la mise sous tension de l'amplificateur de brillance, par une lumière orange. Les contrôles qualité et la maintenance des amplificateurs de brillance sont assurés par le service biomédical, en lien avec les fournisseurs. La gestion des dysfonctionnements est assurée conjointement par le PCR, l'Ingénieur biomédical et les cadres de bloc, en lien avec les fournisseurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En radiologie interventionnelle, les circuits et interfaces sont sécurisés et opérationnels. La prise en charge est programmée et organisée, à partir du planning de bloc, revu chaque jour et coordonnée par les cadres de bloc, en lien avec la PCR identifié, Référent hygiène sur la structure. La formation des personnels salariés de la structure aux procédures et aux matériels de radioprotection est assurée régulièrement par la PCR, dans le cadre des formations internes et des Passeports terrain. Un bilan statistique du suivi dosimétrique est réalisé et présenté au CHSCT de la clinique. Le suivi dosimétrique est communiqué à chaque professionnel. La surveillance médicale des salariés concernés est assurée par le médecin du travail : examen médical à l'entrée du professionnel, suivi organisé en cas d'arrêt maladie, convocation périodique tous les 2 ans pour bilan pulmonaire, bilan sanguin, contrôle ophtalmologique. Il existe une analyse des postes de travail du personnel exposé aux rayonnements. Les moyens mis à disposition des professionnels concernés, sont effectifs, en matière de suivi dosimétrique et d'équipements de protection. La délimitation des zones réglementées dans les locaux où sont réalisés des actes de radiologie interventionnelle ainsi que les locaux attenants est bien identifiée. Il existe un recueil et une analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience. En cas de dysfonctionnement ou de signalement de situation à risque, le PCR est informé. Les procédures établies sont mises en œuvre. Les pratiques sont basées sur les procédures en place, les exigences de la réglementation, que ce soit sur les règles de radioprotection ou règles de maîtrise du risque infectieux ainsi que l'identitovigilance. La maintenance et la réalisation des contrôles qualité des générateurs de rayons X ainsi que la réalisation des contrôles de matériels et équipements de radioprotection sont assurées par l'Ingénieur biomédical et la PCR. La traçabilité des actes de désinfection des équipements et matériels utilisés est retranscrite sur le cahier de bloc, après chaque intervention et utilisation ; du suivi des contrôles et de la maintenance à partir d'un tableau de bord renseigné par l'ingénieur biomédical. La retranscription des données dosimétriques reçues par le patient ainsi que l'identification de l'amplificateur utilisé est assurée par le personnel infirmier, en salle de SSPI, sur une feuille dédiée. Les praticiens reportent au niveau du compte rendu opératoire les éléments d'identification de l'amplificateur de brillance utilisé. Toutefois, la traçabilité de la dosimétrie délivrée aux patients n'est pas assurée par les praticiens au niveau du compte rendu opératoire. En effet, si les praticiens assurent, au niveau du compte rendu opératoire, la traçabilité de l'amplificateur de brillance utilisé, ils n'indiquent pas, les informations dosimétriques délivrées au patient. Les différents courriers adressés aux praticiens libéraux par la Direction demandent d'ajouter, dans le compte rendu opératoire, la justification de l'acte, la procédure réalisée, les éléments d'identification du matériel utilisé, les informations utiles à l'estimation de la dose reçue par le patient au cours de l'intervention, conformément à l'écart à la réglementation, mentionné dans le rapport de l'ASN portant sur la retranscription, dans le compte rendu d'acte opératoire des patients, des éléments d'évaluation des doses délivrées au cours des actes de radiologie réalisés au bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus sur la base d'indicateurs. L'évaluation est assurée sur les écarts en matière de respect des pratiques ; lors des contrôles réglementaires internes ; lors des audits 2016-2017, sur la radio protection réalisés par l'établissement sur le port des EPI et dosimètres ainsi que sur le comportement en salle; dans le cadre des bilans dosimétriques et études statistiques présentés en CHSCT ; lors du suivi et de l'évaluation des actions d'amélioration mises en place suite aux préconisations de l'ASN ; dans le cadre des déclarations d'événement indésirable grave et des retours d'expérience. Le dispositif d'évaluation est structuré (grille ORION). Le suivi régulier de la progression des indicateurs et des résultats des différentes évaluations

permet à l'établissement, de mesurer l'efficacité du processus au regard des risques identifiés. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement par la Responsable QSE, en lien avec la PCR et l'encadrement du bloc. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, en continu sur le terrain par les pilotes sur le processus ; dans le cadre du CODIR restreint hebdomadaire et du CODIR élargi trimestriel. L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins. Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points à risque; les dysfonctionnements répétitifs ; les mesures complémentaires à prendre.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'évaluation qui sont organisées concernent en priorité les préconisations faites par l'ASN, dans le cadre du rapport et la réponse apportée par l'établissement, en terme d'actions correctives, sur un processus à risques. Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs et sont suivis de la mise en place d'actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (Plan QSE institutionnel). Il existe un système de diffusion et de communication en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels, sur le terrain par les pilotes, par le biais de la gestion documentaire informatisée, des retours faits en réunions de CHSCT et lors des formations internes et Passeport terrain. La clinique met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à ce processus, dans le cadre du suivi régulier des démarches qualité et sécurité des soins ainsi que du fait de l'implication effective des représentants des usagers dans les différentes démarches d'amélioration.

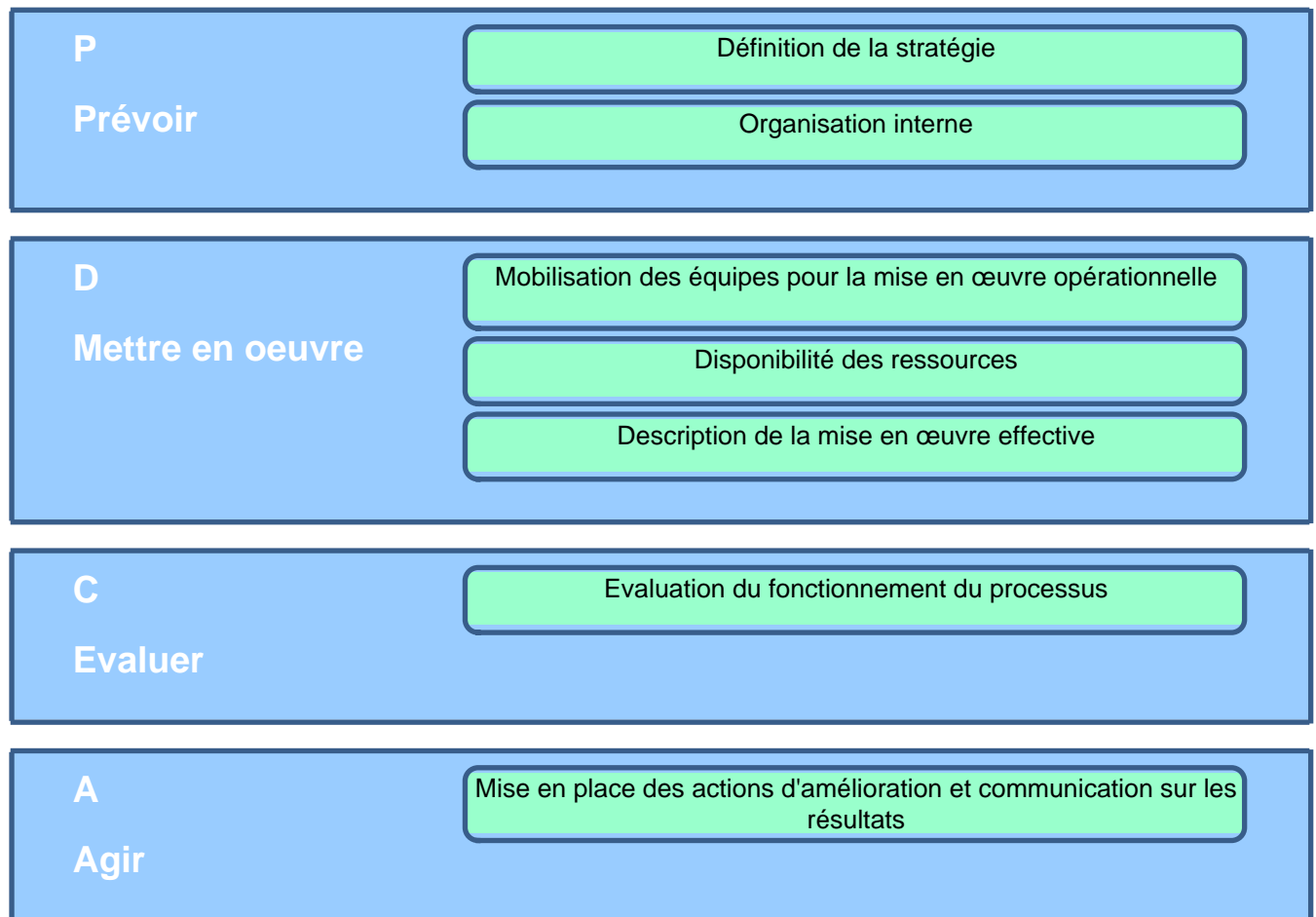
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur d'endoscopie de la Clinique Jean Villar est composé presque exclusivement des endoscopies digestives qui représentent l'activité prédominante ; des endoscopies urologiques sont également pratiquées. La gestion et la régulation de ces endoscopies urologiques est réalisée par le cadre du bloc opératoire et son adjointe comme pour les endoscopies digestives. Le traitement des endoscopes pour l'urologie se fait dans le même local de traitement que le taritement des endoscopes à visée digestive ; avec le même personnel formé au traitement de tous les endoscopes. Le bloc d'endoscopie digestive comporte 2 salles d'endoscopie conventionnelle et une salle d'endoscopie interventionnelle et une zone de décontamination. Il y a une armoire de stockage : Enceinte Stockage Endoscopes Thermosensibles (ESET) permettant la disponibilité de 10 tubes et 3 laveurs désinfecteurs d'endoscopes. Il est situé au 1er étage de la clinique à l'intérieur du bloc opératoire. L'activité digestive représente 36% de l'activité de bloc opératoire. Plus de 90% de l'activité est réalisée en ambulatoire. Une progression de 500 endoscopies est notée entre 2016-2017 due à l'arrivée de nouveaux praticiens.

Le projet d'établissement 2017-2021 comporte un axe sur le développement de cette activité. Une déclinaison est formalisée dans le projet de service du bloc opératoire (2017-2021). L'établissement a prévu d'adapter les locaux avec une extension de la zone de décontamination. Au jour de la visite, l'extension des locaux est réalisée, la réception des travaux est programmée début avril. Une zone de stockage des endoscopes va être revue avec l'investissement dans deux armoires de stockage (ESET) qui permettront le stockage vertical de 30 tubes. La livraison du matériel est prévue à réception des travaux. La marche en avant dans l'espace de décontamination des endoscopes en place sera optimisée.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est établie pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont définis et formalisés dans les fiches de poste du cadre de bloc opératoire et des différents professionnels impliqués dans le processus ainsi que dans la fiche de poste des pilotes de processus. L'organisation de cette activité est prévue dans la charte du bloc opératoire. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte de objectifs qu'il s'est fixé. Le secteur d'endoscopie est organisé pour assurer la permanence des soins, (protocole d'appels en urgence). Les effectifs sont en adéquation avec les besoins. L'organisation des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels est prévue. La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est sous la responsabilité du cadre du bloc. Les processus à risque de gestion des flux (patients, déchets), de gestion des ressources humaines (présence, astreintes) et des fonctions logistiques (brancardage, réapprovisionnement font l'objet de dispositions organisationnelles formalisées et actualisées. L'accueil au bloc est réalisé par deux entrées distinctes, l'une pour les patients hospitalisés, l'autre pour les patients en ambulatoire qui arrivent de ce secteur situé à proximité immédiate du service. La clinique dispose d'un plan de formation institutionnel. Le processus d'intégration des nouveaux arrivants est formalisé. Le secteur d'activité a élaboré différents documents à l'attention des professionnels et des patients. Les procédures de désinfection sont fonction du niveau de désinfection requis et adaptées aux équipements. Des fiches de traçabilité des différentes étapes de prise en charge d'un endoscope sont rédigées et validées par le cadre de bloc et l'hygiéniste conformément à la réglementation ou aux bonnes pratiques reconnues sont disponibles. La gestion des événements indésirables est organisée incluant les analyses, actions d'amélioration et retour d'information aux professionnels de santé. La matériovigilance est organisée ainsi que les maintenances préventives et curatives. Les matériels automatisés de traitement des endoscopes répondent aux besoins de l'activité. Des solutions dégradées en cas de panne sont prévues. Les équipements de protection individuels sont prévus et en adéquation avec le niveau de protection requis. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activités cliniques, médicotechniques et logistiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur concernant notamment la prévention du risque infectieux, le développement de l'activité sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le pilotage opérationnel est partagé par le cadre de bloc, son adjoint et l'infirmière hygiéniste. Ces personnes identifiées s'assurent de la conformité des process et sensibilisent les opérateurs au respect de bonnes pratiques notamment au risque infectieux et à la surveillance des points

critiques des modes opératoires. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les événements indésirables sont traités de façon participative avec les professionnels (infirmiers, aides-soignantes). Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein du secteur d'endoscopie et se sont appropriées les objectifs et les plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en effectifs sont disponibles. Une formation récurrente est réalisée pour l'ensemble des infirmières de bloc afin qu'elles soient opérationnelles en astreinte. Les ressources en matériel sont adaptées à l'activité. Un professionnel biomédical est présent sur site, plusieurs conventions avec différents prestataires sont disponibles. La démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité est en place et connue des professionnels. Elle concerne les documents d'information pour le patient liés aux différents examens, la check-list d'endoscopie, l'ensemble des documents de traçabilité concernant le traitement des endoscopes, la maintenance préventive et curative des endoscopes, la traçabilité du risque infectieux du patient. Des protocoles concernent également le bio-nettoyage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La coordination des professionnels pour la prise en charge du patient est opérationnelle, de sa pré admission jusqu'à la sortie que ce soit en ambulatoire et en unité d'hospitalisation. La régulation de l'activité par le cadre de bloc et son adjoint afin de garantir le respect de la programmation, la sécurité du patient et la mise à disposition des ressources est opérationnelle. Les pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont connues des professionnels. La disponibilité des documents utiles à la prise en charge est contrôlée par le cadre, l'infirmière hygiéniste. La traçabilité organisée est opérationnelle, incluant les vérifications effectuées en ce qui concerne notamment les actes, les endoscopes, les sources de lumières, les accessoires, le nettoyage et la désinfection, la maintenance. Des prélèvements bactériologiques des endoscopes sont réalisés par l'infirmière hygiéniste selon une périodicité définie. La check-list en endoscopie est utilisée dans le secteur d'endoscopie. Le risque ATNC est recherché et tracé lors de la consultation médicale initiale pour les patients en ambulatoire, par l'anesthésiste pour les patients adressés en hospitalisation complète. Les règles d'identitovigilance sont respectées et le consentement éclairé est requis pour chaque acte. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et l'organisation du retour d'expérience sont effectifs. Un faible taux de déclarations est réalisé dans ce secteur d'activité (9 en 2017) au regard de l'activité réalisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus en endoscopie et la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Différents audits de bonnes pratiques sont également réalisés à l'initiative de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Un audit complet du processus a été réalisé à partir de grilles proposées par le réseau national de prévention des infections associées aux soins.

L'établissement a mobilisé la méthode du patient traceur dans ce secteur d'activité. Des tableaux de bords incluant des indicateurs sont exploités (résultats d'activité, occupation des salles, nombre d'événements indésirables). Les résultats sont communiqués aux professionnels concernés. Le retour d'expérience est réalisé par les pilotes du processus. Cependant, ce dispositif d'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ne comporte pas d'indicateur sur l'évaluation des complications dans le cadre des endoscopies digestives. L'établissement n'a pas identifié d'indicateur concernant des complications, dans le cadre des coloscopies, en lien notamment avec les perforations, les hémorragies.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration précisant les objectifs sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité du secteur d'endoscopie et versées au compte qualité comme l'amélioration de l'utilisation de la check-list dans ce secteur d'activité, la vérification systématique de la présence du bracelet d'identification avant la sortie de la salle de soins post interventionnelle. Plusieurs actions d'amélioration ont conduit les professionnels de l'établissement à anticiper le développement de l'activité avec la création d'une zone de décontamination, désinfection adaptée à la future activité, l'achat de deux armoires de stockage vertical des endoscopes, l'achat de plusieurs endoscopes ces deux dernières années afin d'optimiser la sécurité de la prise en charge des patients et les séquences de traitement des endoscopes. La communication des résultats et des actions est réalisée, notamment auprès des professionnels et des

usagers, à travers les instances Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et en Commissions des usagers (CDU). L'établissement dispose d'une messagerie interne, d'un journal interne, des différents tableaux d'affichage.

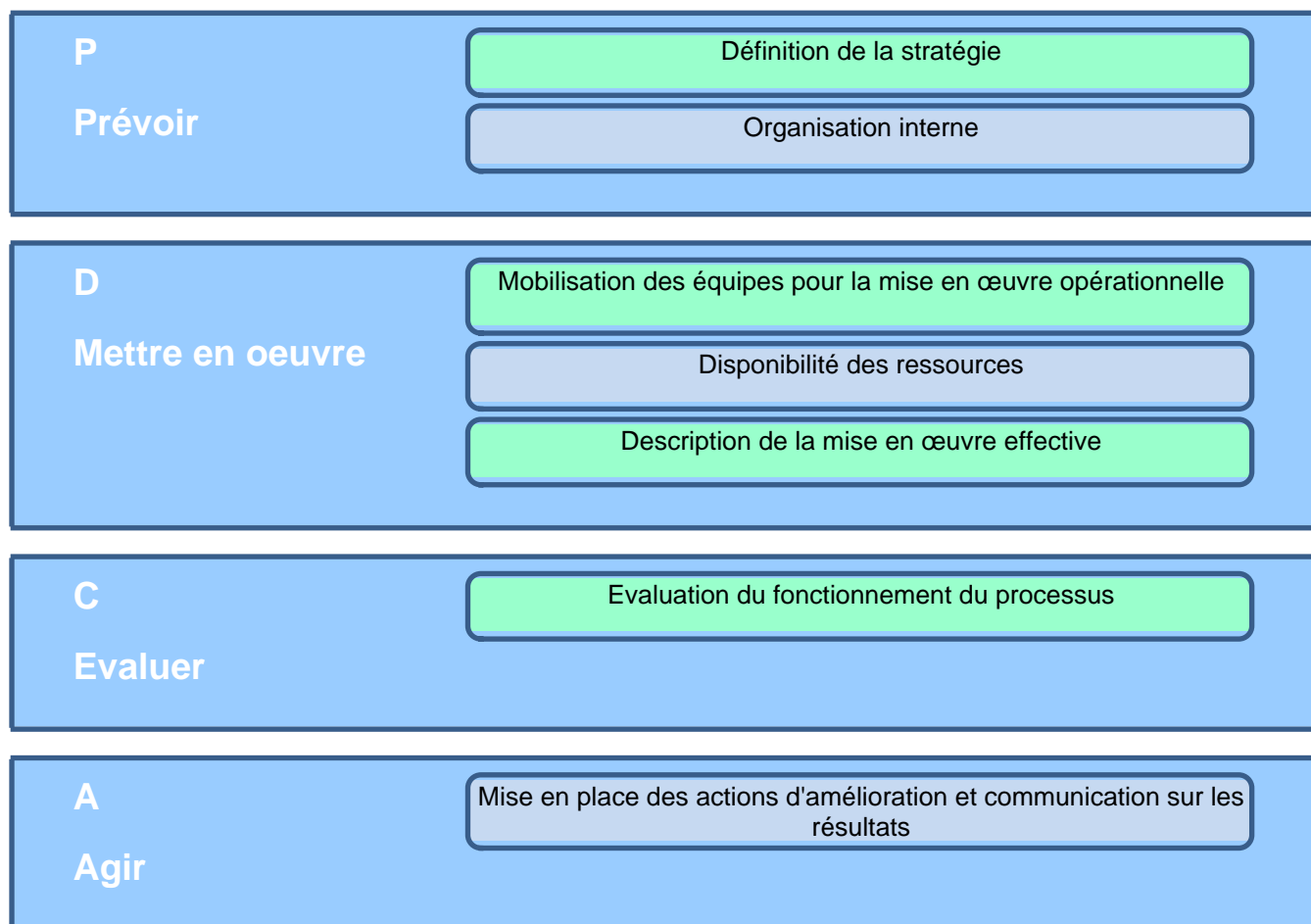
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Jean Villar a défini une stratégie dans le projet de service d'obstétrique 2017-2021 et des objectifs, élaborés sur la base d'une maternité de niveau 1 qui pratique environ 1000 accouchements par an et appartient au réseau de périnatalité de la Nouvelle Aquitaine. Par ailleurs la Maternité de la Clinique travaille en étroite collaboration avec la Maternité niveau du CHU de Bordeaux. Cette maternité travaille en collaboration étroite avec un service de Procréation Maternelle Assistée (PMA) de l'établissement. L'analyse des risques propres à l'établissement a été réalisée à partir de la cartographie des risques selon la méthode Processus, à partir des indicateurs IQSS, et des audits internes: audit mensuel des dossiers. Le Compte Qualité a hiérarchisé 3 risques: la méconnaissance des urgences vitales maternelles, une surveillance non optimale du monitoring fœtal et une identification non optimale de la parturiente lors de son accueil à la Maternité. Les risques ont été identifiés par les professionnels de la Maternité de façon pluriprofessionnelle. Cette stratégie, validée par la commission d'Obstétrique et par la CME, est déclinée dans un programme d'actions préventives et de surveillance formalisé et priorisé. Le Compte Qualité est en phase avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique a établi une organisation pour piloter le processus salle de naissance dans un service d'obstétrique de niveau 1 qui pratique environ 1000 accouchements par an et appartient au réseau de périnatalité de la Nouvelle Aquitaine. Les pilotes sont la cadre sage femme et son adjointe qui est une sage femme avec une fonction transversale sur le secteur présente toute la semaine. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des 2 professionnels. Une charte d'Obstétrique réactualisée en 2016 reprend l'organisation, les missions et les ressources du service. L'établissement organise la réponse à ses besoins. Les ressources humaines sont en adéquation avec l'activité : 7 gynécologues obstétriciens assurent la totalité de la prise en charge médicale de la Maternité, 5 d'entre eux ont une pratique régulière de la chirurgie gynécologique. Ils se forment de façon régulière et 6 d'entre eux sont dans la procédure d'accréditation individuelle des métiers à risque. Les sages femmes sont au nombre de 10.5 ETP complètent l'équipe avec 12 auxiliaires de puériculture. Un service de 25 lits dont 21 en chambre individuelle héberge environ 1000 parturientes par an. Le plateau technique comprend une salle de pré-travail, 4 salles de travail et une salle d'intervention pour les césariennes en urgence. Une salle de réanimation du nouveau né avec 2 postes complète le plateau technique. 4 pédiatres assurent la prise en charge du nouveau né de jour et de nuit et les weekend en astreinte opérationnelle. Les médecins anesthésistes assurent l'analgésie obstétricale et l'anesthésie des parturientes en cas de césarienne ou de grossesse extra utérine. Une démarche qualité-gestion des risques documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né est en place. La régulation des activités du bloc obstétrical est assurée par la cadre sage femme et son adjointe, la sage femme à fonction transversale, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité de la parturiente et du nouveau-né. Le matériel pour la prise en charge des urgences vitales est opérationnel. Le matériel de surveillance de la parturiente, du nouveau-né est en place. La maintenance du matériel, curative et préventive est assurée par un prestataire biomédical présent sur le site. Les ressources documentaires nécessaires : procédures et protocoles en particulier pour la prise en charge des urgences sont dans la GED et sur support papier. La gestion des interfaces avec les consultations des obstétriciens, des médecins anesthésistes, le bloc opératoire, la stérilisation, la pharmacie, l'équipe transport est organisée. Les circuits sont opérationnels : entrée programmée ou en urgence, interventions au bloc opératoire la semaine aux heures ouvrables ou en salle de césariennes en urgence la nuit, les weekend et en cas de code rouge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel du programme propre à la salle de naissance est assuré par la cadre de la Maternité et la sage femme à mission transversale. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés en salle de naissance: surveillance monitoring fœtal, la prise en charge des urgences vitales, l'identitovigilance et les hémorragies du post-partum. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques : respect de la charte de fonctionnement du service et de la charte d'accueil du nouveau né et de la famille. Les professionnels du service participent aux évaluations : RMM, CREX et EPP sur les césariennes et les hémorragies du post-partum. Ils sont informés de leurs résultats lors des staff hebdomadaires et lors de la commission d'Obstétrique annuelle. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin: baisse des résultats ou indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec l'activité. La formation est un axe prioritaire du service : les médecins participent individuellement au développement professionnel continu, 6 obstétriciens sont accrédités HAS de façon individuelle, les sages femmes bénéficient du plan de formation institutionnel validé. Tous les professionnels de la salle de naissance ont participé récemment à une formation sur simulateur à propos de la gestion des urgences en salle de naissance. Cette formation a eu lieu sur le site même de la Clinique et a réuni 15 professionnels. Les nouveaux arrivants sont en doublure pendant une journée et bénéficient d'une journée d'intégration appelé Passeport Terrain. Ce Passeport Terrain se tient 2 fois par an dans la Clinique. Le matériel est en adéquation avec l'activité : toutes les salles de travail et la salle de césariennes sont équipés de façon fonctionnelle. La Clinique va se doter d'une centrale de surveillance des monitoring avec un partogramme informatisé suite à l'audit ayant conclu à une non optimisation de la surveillance des monitoring fœtal. Les outils informatiques sont au nombre d'un poste fixe et de 2 ordinateurs mobiles sur le secteur "salle de naissance". La maintenance curative et préventive est assurée par un prestataire externe avec un ingénieur biomédical dédié à temps plein sur la clinique. Les ressources documentaires sont accessibles, actualisées lors de nouvelles recommandations de pratique clinique et systématiquement tous les 4 ans. Elles sont connues et utilisées : gestion des urgences vitales, protocoles pour les césariennes programmées et en urgence, protocoles pour les grossesses pathologiques, protocole sur GEU et Methotrexate.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des parturientes se déroule de façon spécifique à ce secteur de naissance ; elles bénéficient des consultations des obstétriciens qui constituent un dossier avant l'accouchement avec des examens complémentaires : échographies, biologie, pelvimétrie si besoin. Les professionnels (sage-femme) assurent une retranscription des données médicales, issues des cabinets de consultations des praticiens libéraux, à partir d'une impression papier des données. Le logiciel des praticiens n'étant pas interfaçable avec le dossier informatisé de la structure, il subsiste de ce fait, un risque potentiel d'erreur de retranscription des données et de pertes d'informations. Les parturientes arrivent directement à la Maternité où elles sont accueillies par la sage femme en salle de pré-travail avec un monitoring fœtal puis en salle de travail. L'obstétricien est prévenu et pratique l'accouchement. Les procédures sont établies: accueil, surveillance maternelle et fœtale, analgésie, césarienne si besoin. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées, validées, réglementaires ou issues de recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes. Les circuits avec le bloc opératoire en cas de césarienne, avec les anesthésistes pour l'analgésie ou la prise en charge maternelle, avec les pédiatres sont opérationnels. La procédure d'appel des différents intervenants en cas de césarienne a été revue et améliorée après l'EPP sur les césariennes en urgence. La traçabilité est assurée sur le DPI sauf le partogramme qui est encore sur support papier mais sera lui aussi informatisé lors de l'acquisition prochaine d'une centrale de monitoring fœtal qui intègre un partogramme informatisé. La traçabilité d'ouverture des salles de travail et de la salle des césariennes en urgence se fait sur support papier. Le bio-nettoyage des salles du secteur de la naissance est tracé quotidiennement. Les interfaces avec le bloc opératoire, les consultations des obstétriciens, des anesthésistes, la pharmacie, la stérilisation centrale et le service bureau des entrées et planification sont opérationnelles. Les instances internes au service fonctionnent régulièrement: staff hebdomadaires, staff mensuels avec la PMI, les assistantes sociales et la psychologue tous les mois et la Commission Obstétrique 1 fois par an. Des compte rendus sont produits et diffusés aux professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation : EPP sur les césariennes programmées, EPP sur les césariennes en urgence, EPP sur l'allaitement, indicateurs IQSS spécifiques à l'hémorragie du post-partum, audit mensuel sur la qualité du dossier obstétrical, benchmark de 15 établissements privés du groupe sur la prise en charge de la parturiente. Le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils : indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité est assurée par la Cadre du service et les obstétriciens lors des staff hebdomadaires, lors des staff mensuels avec la PMI et lors de la Commission Obstétrique 1 fois par an avec l'apport de la RAQ. Des compte rendus sont produits et diffusés aux professionnels.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre : formation avec la méthode de simulation sur le site de la salle de naissance de 11 professionnels de différentes spécialités à la gestion des urgences en salle de naissance, programme d'achat avec l'apport prochain d'une centrale de surveillance fœtale avec partogramme informatisé, achat de matériel pour les hémorragies du post-partum, amélioration de

l'identification de la parturiente avec la pose systématique de bracelet d'identification à l'entrée, procédure d'appel direct de l'anesthésiste par l'obstétricien en cas d'urgence sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication est réalisée lors des staff hebdomadaires, lors des staff mensuels avec la PMI et lors de la Commission d'Obstétrique qui se tient une fois par an. La communication des résultats et actions est réalisée en externe auprès des usagers qui siègent dans de multiples instances : CDU, CLIN, CLUD. Il existe un site internet du groupe où la Maternité de la Clinique publie ses actions.